

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

RENATA DE SOUZA LINHARES

**A GESTAÇÃO E A MULHER NO MERCADO DE TRABALHO:
A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE GESTANTES DA EMBRACO – EMPRESA
BRASILEIRA DE COMPRESSORES S.A.**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 08/07/05


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

**FLORIANÓPOLIS
2005**

RENATA DE SOUZA LINHARES

**A GESTAÇÃO E A MULHER NO MERCADO DE TRABALHO:
A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE GESTANTES DA EMBRACO – EMPRESA
BRASILEIRA DE COMPRESSORES S.A.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do
título de bacharel em Serviço Social,
Departamento de Serviço Social, Centro
Sócio Econômico, Universidade Federal de
Santa Catarina.

Orientadora: Professora Cleci Elisa Albiero


FLORIANÓPOLIS
2005

RENATA DE SOUZA LINHARES


**A GESTAÇÃO E A MULHER NO MERCADO DE TRABALHO:
A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE GESTANTES DA EMBRACO – EMPRESA
BRASILEIRA DE COMPRESSORES S.A.**

Trabalho de conclusão de curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, no Departamento de Serviço Social, Centro Sócio Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ms. Cleci Elisa Albiero
Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC
Orientadora



Marlene Silveira Custódio
Assistente Social da Empresa Brasileira de Compressores S.A.
1ª Examinadora



Ms. Rosane Suely Rodrigues Pereima
Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC
2ª Examinadora

Florianópolis, Julho, 2005.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos que passaram por minha vida e que
de alguma forma contribuíram para a realização deste.
Pois sei, que não podemos enfrentar os obstáculos sozinhos
e nem alcançar vitórias sozinhos.
Vários foram, e serão, os caminhos percorridos.
Fica aqui a vocês, o meu Muito Obrigada.

Agradecimentos

- Agradeço primeiramente a Deus, por nos presentear com a vida, com a capacidade de pensar e fazer escolhas;

- Em especial aos meus pais Odilson e Elizabete, que se empenharam em construir um mundo melhor para seus filhos. Muito obrigada pelo imenso amor e dedicação, pois sem vocês nada disso será possível;

- Aos meus irmãos, Fabiano, Viviane e Aline, pelo amor, atenção e amizade;

- À Cleci, minha orientadora, por ter aceitado me orientar, por ter sido tão prestativa em meio a tantos afazeres;

- À orientadora de campo Marlene, pela pessoa que é, por seus ensinamentos e dedicação;

- Agradeço aos verdadeiros amigos que conquistei durante todo o período acadêmico, que embora não citados os nomes, estarão eternamente guardados em meu coração. E agradeço em especial às amigas Giseli e Andréia, pelas muitas trocas de idéias e pela maravilhosa amizade que concretizamos durante este percurso;

- Às pessoas que, de alguma forma, me transmitiram muita força no período em que estive em Joinville durante o estágio, principalmente os amigos que conquistei, em especial ao Alê, pelo carinho, força, compreensão nos momentos de ansiedade, atenção, ensinamentos e paciência;

- À Embraco, em especial ao setor Gestão de Pessoas, pela oportunidade de me permitir viver uma experiência que lembrarei durante toda minha vida profissional;

- Enfim, a todos que colaboraram, ensinaram ou simplesmente me ouviram, meu MUITO OBRIGADA.

Resumo

LINHARES, Renata Souza. **A Gestação e a mulher no mercado de trabalho: A Experiência do Grupo de Gestantes da EMBRACO – Empresa Brasileira de Compressores S.A.** 2005. 117 p. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

A preocupação com a qualidade de vida do trabalhador nasceu com a urbanização das cidades, com a criação das jornadas de trabalho e salários. Isto vem se aprofundando com a reestruturação empresarial conforme os moldes de redução de custo e aumento de produtividade, dando ao empregado cada vez maior importância nos resultados das empresas. Ainda, o aumento cada vez maior do número de mulheres no mercado de trabalho exige uma específica preocupação, quando se diz respeito aos direitos das mulheres gestantes. Isto faz surgir programas e grupos de orientação, como é o caso deste trabalho, que mostra o surgimento de um grupo de orientação às gestantes em uma empresa privada, a Embraco, sua metodologia e análise de seus resultados. Participaram do grupo nove mulheres gestantes, entre elas funcionárias e esposas de funcionários. Para a análise dos resultados após o nascimento do bebê, foram entrevistadas cinco gestantes. Com a criação do grupo, buscou-se a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, em especial a funcionária gestante. Tendo um resultado bem positivo, segundo relato das participantes.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Gestante, Serviço Social, Qualidade de Vida.

Lista de Ilustrações

Figura 1: Divisão por faixa etária das participantes.	59
Figura 2: Estado Civil das participantes.	60
Figura 3: Número de Filhos.	60
Figura 4: Período de empresa das participantes.	61
Figura 5: Função das participantes do grupo.	62
Figura 6: Descrição dos encontros.	63
Figura 7: Clareza na exposição dos temas apresentados no grupo.	64
Figura 8: Interesse nos assunto apresentados no grupo.	64
Figura 9: Ambientes utilizados para apresentação dos temas.	65

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CFC – Clorofluorcarbono

CISAT - Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CONASP - Conselho Nacional de Saúde Pública

DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho

EMBRACO - Empresa Brasileira de Compressores S.A.

IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência Social

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PSTs - Programas de Saúde dos Trabalhadores

QVT - Qualidade de Vida no Trabalho

SESMTs - Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

Introdução	10
-------------------------	-----------

Capítulo 1

1.1. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil	14
1.1.1. Histórico da política de Saúde no Brasil	14
1.1.2. Trajetória Histórica da Saúde do Trabalhador.....	22
1.1.3. Sistema Privado de Saúde no Brasil: Algumas Questões.....	28
1.2. A Qualidade de Vida do Trabalhador	29
1.2.1. O Trabalho e a Qualidade de Vida	29
1.2.2. Os Direitos Sociais das Mulheres e Gestantes: A qualidade de vida em questão.....	37
1.3. O Serviço Social Organizacional	41
1.3.1. A trajetória Histórica do Serviço Social na Empresa	41
1.3.2. Recursos Humanos: A Construção do Espaço do Serviço Social	45
1.3.3. O Serviço Social na Embraco.....	47

Capítulo 2

2.1. O Grupo de Gestantes da Embraco – Um processo em construção com o Serviço Social	50
2.1.1. Contextualizando a empresa Embraco	50
2.1.1.1. Histórico da empresa	50
2.2. Metodologia da Pesquisa – A construção de um processo junto ao grupo de orientação a gestantes da Embraco.....	53
2.3. Grupo de Gestantes – O desenvolvimento do trabalho	54
2.4. Apresentando e descrevendo o grupo de orientação a gestantes.....	58
2.4.1. Análise dos resultados.....	58
2.4.2. O grupo na percepção das gestantes.....	63
2.4.3. O grupo após quatro meses - O caminhar das gestantes.....	68
2.4.3.1. Do pré-parto ao autocuidado da gestante e recém-nascido.....	70
2.4.3.2. A mamãe e a garantia de seus direitos sociais	73
Considerações Finais	75
Referências Bibliográficas.....	78
Apêndices.....	82
Anexos	85

Introdução

Nos últimos tempos, em especial nas últimas décadas, a sociedade vem passando por profundas mudanças quanto ao modelo político social e econômico, tanto no mundo como no Brasil. A Revolução Industrial trouxe as pessoas do campo para as cidades, anulando as empresas familiares, a escravidão, e criando, entre outros pontos importantes, a jornada de trabalho, o salário, e a busca das mulheres por postos de trabalho nas empresas, modificando o modelo “mulher doméstica” e família nuclear.

De acordo com Sina, (2004), os últimos dados disponíveis apontam que no período entre 1940-1990, a força de trabalho da mulher passou de 3 milhões para 23 milhões de pessoas, aumentando sua participação na população ativa do país de 19% para 35,5%. Na década de 1940, quase a metade (48%) da população ativa feminina era focada no setor primário da economia, basicamente voltada para a agricultura. Já em 1990 mais de dois terços (74%) da população feminina economicamente ativa, era concentrada no setor terciário, ou seja, em serviços, principalmente em alguns setores da economia, como atividades comunitárias, áreas voltadas à educação, serviços de saúde e principalmente serviços domésticos. De acordo com Teles (1993), a proporção de trabalhadoras mulheres triplicou em 15 anos, de 1970 a 1985.

Estas mudanças afetam a todos, desde o modo de vida, passando pelas relações sociais e o mercado de trabalho. Neste contexto, o ambiente de trabalho é, com certeza, o maior influenciador de ações, pensamentos e humor; pois é neste período que a maioria das pessoas passa grande parte de seu dia.

De acordo com Diniz (2004), a ambição feminina ocorre de fato, assim como a masculina, almejando construir uma carreira profissional bem sucedida: “Enquanto os homens pensam em trabalhar e ter êxito na profissão, as mulheres querem conciliar família, amigos e trabalho”.

O autor acrescenta explicando o conceito de sucesso para elas em cada momento de suas vidas. No final da adolescência, as mulheres querem o mesmo que os homens: estudar numa boa faculdade, no final da faculdade continuam como os homens: desejam iniciar uma carreira vencedora, no começo da carreira, permanecem ao lado deles, a noção de sucesso é aferida pelo dinheiro que ganham. Antes de ter dez anos de formada, no entanto, a mulher amplia seu conceito de sucesso, que passa a incluir a busca da satisfação pessoal, com vinte anos de profissão, não são poucos os casos de mulheres que interrompem a carreira original, às vezes para dedicar-se exclusivamente à família.

Outro dado importante que podemos observar é que as mulheres possuem uma carreira diferenciada dos homens, conciliando trabalho e família, envolvendo gravidez em tempo de serviço e suas conseqüências, nem sempre bem sucedidas, como podemos observar na estatística onde Diniz (2004) observa o efeito da maternidade na carreira profissional das mulheres de 30 a 40 anos, mostrando como seguiu sua carreira após o nascimento do bebê.

No estudo realizado por Diniz, 37% das mulheres voltaram a trabalhar após o nascimento do bebê, 27% não trabalham desde o nascimento, mas agora querem retomar a carreira, já 36% não trabalham desde o nascimento nem têm planos de retomar a carreira. Assim conclui-se que a maioria das mulheres decidiu dar um tempo na carreira após tornarem mães.

Tendo em vista a inserção feminina no mercado de trabalho, podemos observar que há uma maior atenção à saúde da mulher nas últimas décadas, demonstrada pela criação de programas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM),

implantado em meados dos anos 80, com o intuito de atender a mulher de forma integral, sendo um dos seus objetivos reduzir os riscos referentes ao pré-natal e ao parto.

Esta abordagem, direcionada à gestação das mulheres no mercado de trabalho, é o objetivo deste trabalho de conclusão de curso, mostrando a realização de um grupo de orientação às gestantes em uma empresa de capital privado.

A opção por trabalhar esta temática surgiu com base na experiência proporcionada pelo estágio curricular em Serviço Social realizado no período de agosto de 2004 a fevereiro de 2005 na Embraco – Empresa Brasileira de Compressores S.A., que emprega atualmente cerca de 5.000 funcionários, e possui em seu quadro uma assistente social no departamento de Recursos Humanos, neste momento formalmente nomeado Gestão de Pessoas.

O objetivo central é analisar os resultados da realização do grupo de orientação às gestantes da Embraco, que se deu no período de 29 de novembro a 20 de dezembro de 2004. A geração deste grupo visava proporcionar melhora na qualidade de vida do trabalhador, neste caso, com foco na mulher funcionária gestante.

Para expor o tema, este trabalho está estruturado em dois capítulos. O primeiro capítulo contextualiza a Organização do Sistema de Saúde no Brasil, com a saúde do trabalhador, o porquê e a existência do sistema privado de saúde no Brasil, a qualidade de vida do trabalhador, e inserido neste tema, os direitos sociais das mulheres e das gestantes. Ainda contextualiza o Serviço Social, a trajetória no país e na empresa (Embraco), e a atuação do profissional assistente social no setor privado de Recursos Humanos.

O segundo capítulo mostra a construção do grupo de orientação às gestantes da Embraco, contextualiza a empresa, apresenta-se à metodologia utilizada na pesquisa, o desenvolvimento do grupo de orientação as gestantes, suas características bem como análise dos resultados.

Ao final são realizadas algumas considerações que refletem idéias conclusivas com relação a este trabalho. Faz-se também sugestões que parecem oportunas para a condução de uma reflexão sobre o tema em questão.

Capítulo 1

1.1. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil

1.1.1. Histórico da política de Saúde no Brasil

A evolução das políticas de saúde no Brasil está vinculada ao contexto histórico, político e social do país. A economia brasileira na virada do século XX era essencialmente agrícola e as divisas necessárias para o crescimento do país advinham principalmente da exportação de produtos da agricultura, em especial o café e o açúcar (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

No período entre 1889 e 1930 o modelo econômico brasileiro era basicamente agroexportador, baseado na agricultura, direcionado para a monocultura, com o café como principal produto. Era fundamental que houvesse um saneamento dos espaços de circulação do café, principalmente dos portos, e controle das doenças que prejudicassem a exportação, tais como, cólera, pestes e varíola. Após a abolição da escravidão houve um aumento no número de imigrantes que permitiu a urbanização das cidades e conseqüentemente favoreceu o aparecimento de endemias e epidemias. Foi adotado o modelo de saúde “sanitarismo campanhista” que visava o combate das doenças por meio de estruturas verticalizadas com a intervenção e a execução de suas atividades nas comunidades e na cidade. Nesta época o país não contava com uma política médica institucionalizada, tendo o médico de família para atendimento individual, e a medicina caseira e a igreja para o coletivo.

Em função da disseminação das doenças na mão de obra assalariada, o governo se viu obrigado a criar programas e serviços de saúde pública. Esses programas são efetivados através do financiamento de missões de pesquisadores em grandes centros, com o intuito de buscar soluções para as condições da saúde nacional.

Foram tomadas as primeiras providências pelo então presidente Rodrigues Alves que, em 1902, lançou o programa de saneamento básico do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana em São Paulo (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde se dão a partir de interesses puramente mercantis. As regiões que não tinham importância estratégica para a economia do país ficavam restritas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Não se podendo afirmar, no entanto, que se tinha uma política nacional de saúde pública com objetivos claros de melhorar as condições de vida da população (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

A substituição da mão de obra escrava pela mão de obra imigrante favoreceu o ingresso de ideologias anarquistas no país, que possibilitou a revolta contra a vacina da varíola em 1904, e inúmeras manifestações, protestos e greves que, em geral, reivindicam melhores condições de trabalho. Nesse primeiro momento a política de saúde no Brasil definiu-se por um estilo repressivo e violento de intervenção médica, estando associada à adesão obrigatória e à força policial. Em função dos movimentos sindicais atuantes, foi criada nesta época também, em 1923, a Lei Eloy Chaves, que é considerada um marco na história da Previdência Social (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Nessa ocasião surge neste mesmo ano as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) para os empregados das empresas de estrada de ferro, que funcionavam como uma espécie de seguro social. Essas caixas eram financiadas pelas empresas e empregados. Dava direito àqueles que pagavam à contribuição e garantiria certos benefícios como à

aposentadoria e, principalmente, a assistência médica. Como tinham caráter privado, ou seja, eram mantidas por empresas, ainda não se configuravam como iniciativas do Estado, muito embora os presidentes das CAPS fossem nomeados pelo Presidente da República e houvesse um interesse claro do governo na manutenção deste sistema (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Nesse período também, ocorreu a mudança no sistema de produção do modelo agroexportador para o industrial, voltado principalmente para o mercado interno. Desabrocha neste período o início do processo de industrialização, levando a uma maior concentração urbana e conseqüente o agravamento das questões sociais devido à falta de infra-estrutura nas cidades, precárias condições de saúde, ausência de saneamento básico, entre vários outros problemas. A alteração da natureza das atividades laborais levou ao surgimento de um trabalhador mais exposto a riscos e acidentes, entretanto, cada vez mais crítico e consciente de seus direitos, fazendo com que a questão da proteção social emergisse fortemente no debate nacional (SILVA, 1995).

A partir de 1930, profundas mudanças ocorreram no Brasil, com a queda da Bolsa de Valores de Nova Iorque, em 1929, a prolongada crise do café, que levou à desvalorização do produto no mercado internacional e a Revolução de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder. Esses fatos fizeram com que o pólo dinâmico da economia se deslocasse para os centros urbanos e empreendimentos industriais na região centro-sul do país, fazendo surgir na estrutura da sociedade brasileira, um novo contingente formado por trabalhadores assalariados, principalmente nos setores de transporte e na indústria. (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2002).

Nesta mesma década, inicia-se a chamada “Era Vargas”, do Presidente Getúlio Vargas, que, num primeiro momento, governou de 1930 a 1945 e posteriormente, através de eleições diretas, foi reconduzido ao poder, no período de 1950 a 1954. O governo de Getúlio Vargas ficou marcado por grandes conquistas para os trabalhadores e também são criados os

Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas. Os recursos financeiros dos IAPS passaram a ser tripartite (Estado, empresa e trabalhadores) e foram utilizados para o desenvolvimento da indústria de base, fundamental para o sucesso da industrialização e do capitalismo no Brasil.

Enquanto as Caixas de Aposentadorias e Pensões privilegiavam a assistência médica como um dos principais benefícios, os Institutos de Aposentadorias e Pensões, já com a participação do governo e com uma política mais contencionista, privilegiavam a previdência social, mantendo a assistência médica num segundo plano (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Já na década de 60, os Institutos de Aposentadorias e Pensões passam a ter recursos suficientes para construir seus próprios hospitais. Concomitantemente, há um crescimento dos serviços médicos hospitalares contratados pelas empresas insatisfeitas com a assistência dos institutos surgindo, assim, as medicinas de grupo e os futuros convênios.

A partir do golpe de 1964, pode-se observar uma redução nas verbas destinadas à saúde pública, apesar do discurso oficial de que a saúde constituía um fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico. O Ministério da Saúde privilegia a assistência individual e não coletiva. Todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões são centralizados, no sentido de aumentar a regulação do estado sobre a sociedade e desmobilizar os opositores, constituindo um órgão único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Após 1964, o Estado implementou reformas na área da saúde e da previdência, para que estas se adequassem ao contexto e às novas exigências que se colocava em termos de políticas. No bojo das novas mudanças, foi feita a reforma previdenciária que criou o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que, em 1967, passou a utilizar os serviços

da medicina privada, contribuindo com isso, para a expansão dos serviços prestados pelas empresas privadas (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Neste mesmo período, o INPS propiciou o desenvolvimento do complexo médico-industrial e priorizou a terceirização deste segmento profissional. Neste contexto, se desenvolvem inúmeros convênios de hospitais e clínicas com o governo e um aumento do número de faculdades particulares de medicina no país, onde o ensino é desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e sofisticação tecnológica (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Em 1975 foi promulgada a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que, na realidade, apenas reforçou a dualidade existente entre o Ministério da Saúde, com caráter normativo e assistência coletiva, e o Ministério da Previdência, com caráter de assistência individual.

A crise orçamentária no INPS, acentuada pelo aumento dos gastos, extensão da demanda, fraudes na terceirização da assistência médica privada e inexistência de fiscalização, vai culminar na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1977, que constituiu uma nova tentativa de racionalização da previdência e uma crescente tendência à universalização e adoção do modelo de seguridade social, onde as ações relativas à previdência e a assistência médica ficaram divididas.

Neste sentido, o SINPAS é, então formado pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) que como o próprio nome indica, cuidava da parte financeira da previdência, e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica. O INAMPS é o grande catalisador das ações de assistência médica no Brasil, continuando com a mesma política de privilegiar o setor privado. Passa a ser, então, difundido o discurso de que o aumento dos serviços através de convênios é tecnicamente a alternativa mais correta (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Esse modelo de prestação de serviços demonstrava-se ser extremamente perverso. Além de excludente, pois só tinha acesso ao serviço quem contribuísse com a previdência, possuía características em sua prática que não guardavam nenhum compromisso com a melhoria dos níveis de saúde da população. (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

O início da década de 80, marcada pela busca de redemocratização do país, registra na área de saúde, a consolidação do entendimento de que saúde é a expressão da qualidade de vida de uma população geográfica e historicamente referenciada. Essa década viu surgir o Conselho Nacional de Saúde Pública (CONASP), o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) e os convênios para estruturação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), tendo assistido posteriormente, a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), da Nona Conferência Nacional de Saúde (1992) e a conquista, na constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), pela sociedade civil organizada e pelos constituintes.

O CONASP buscava o fim do modelo privatizante através da utilização prioritária de recursos públicos. O AIS integrava os prestadores de serviço nomeados pelo CONASP. Por outro lado, os municípios que tinham interesse em determinado programa se cadastravam por meio de convênios com o Ministério da Saúde e Previdência (ROSA ET AL, 1992).

Em 1984, o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, propõe o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Num primeiro momento, só tem nome, porque se pretendia abranger apenas as mulheres de faixa etária compreendida entre 15 e 49 anos. De imediato as feministas reagiram, insistindo num programa que atendesse a todas as fases da vida, que já era uma proposta gestada pelo movimento. Assim, o Ministério da Saúde acabou por acatar a proposta que contempla as reivindicações feministas (TELES 1993).

Já em 1986 é realizada em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que é considerada um marco na história da política de saúde no Brasil. Tem por finalidade propor critérios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde junto à Assembléia Nacional Constituinte. Ela abre espaço para a manifestação de várias discussões em torno de uma nova concepção de saúde, tal concepção entende os indivíduos como sujeitos que devem ser vistos e tratados em sua integralidade. Seu documento final sistematiza um modelo reformador para a saúde, definida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer e liberdade.

Com a aprovação da nova Constituição Brasileira em 1988, inclui-se pela primeira vez uma seção sobre saúde, na qual é reconhecida como um direito a ser assegurado pelo Estado a todos os cidadãos, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (ROSA ET AL, 1992).

Na Constituição, a saúde é apresentada no Título II, que trata “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, mais especificadamente no capítulo II, sobre os direitos sociais, cujo Art. 6º, estabelece que:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados na forma desta Constituição (Constituição da República Federativa do Brasil, 2001).

Outro título da Constituição que se refere à saúde é o Título VII – “Da ordem Social”. Na Seção II – *Da Saúde* do Capítulo II – ‘Da Seguridade Social’, o Art. 196, declara que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição da República Federativa do Brasil, 2001).

A Constituição Brasileira em seus artigos 197 e 198 estabelecem de forma explícita o direito à saúde e à correspondente responsabilidade do estado, tal como segue:

Art.197 – são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art.198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes (Constituição da República Federativa do Brasil, 2001).

O direito à saúde, segundo a Constituição, tem caráter de universal (quanto ao direito em si) e de equidade (quanto ao acesso aos serviços e benefícios).

O SUS é pautado pelos princípios de universalidade para atender a todos, equidade para tratar igualmente os desiguais investindo mais onde a carência é maior, integralidade por considerar a pessoa como um todo atendendo a todas as suas necessidades (CAMPOS, OLIVEIRA, TONON, 1998).

Por outro lado, o SUS como o próprio nome define é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de Governo: União, Estado e Municípios, e pelo setor privado contratado e conveniado, usando as mesmas normas do serviço público. Ainda, é único, isto é, tem a mesma doutrina e a mesma filosofia de atuação em todo território nacional e é organizado de acordo com uma mesma sistemática (CAMPOS, OLIVEIRA, TONON, 1998).

O SUS se organiza em cada região ou município, segundo as características da realidade de cada um desses locais. De modo geral os distritos sanitários ou sistemas locais de saúde são estruturados segundo três diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Há, porém, unidades de saúde que, pelas suas características como tipos de equipamentos e tecnologia envolvida na assistência; alta especialização e qualificação dos recursos humanos, etc., desempenham um papel estratégico para todo país e até mesmo do

exterior. São os chamados centros de excelência e podem ser classificados como se situando num quarto nível de atenção (ROSA ET AL, 1992).

Com a busca de redemocratização do país, na década de 80, na década de 90 podemos dizer que fica evidente a trajetória do Sistema Único de Saúde que também traz consigo a saúde do trabalhador, indo de encontro aos avanços do sistema público de saúde no viés governamental. Neste período ocorreram grandes questionamentos e as maiores manifestações nacionais contra a ditadura de 64. Em seguida, trataremos deste assunto para entender melhor esta trajetória.

1.1.2. Trajetória Histórica da Saúde do Trabalhador

No Brasil, o marco inicial de desenvolvimento da saúde do trabalhador, considerando a cena política como referência, ocorre no final dos anos 70 e início dos anos 80, quando o movimento sindical e popular retoma a iniciativa política no cenário nacional, questionando a ditadura militar com grandes manifestações operárias no ABC paulista. O movimento sindical e a articulação de vários setores sindicais levaram à criação em 1978, em São Paulo, da CISAT (Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho), que adotou a bandeira de luta “Saúde não se troca por dinheiro”, durante a I e II Semanas de Saúde do Trabalhador. Em 1980, essa comissão se transformou em DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho), que presta assessoria técnica na área de Saúde do Trabalhador e tem a finalidade de subsidiar os sindicatos de trabalhadores para contrapor-se aos serviços médicos patronais no interior das empresas ou para o enfrentamento com órgãos públicos, marcados então pela atuação burocrática ou abertamente controlados por entidades patronais.

A luta sindical por melhores condições de trabalho e saúde teve importante papel no levantamento de diagnósticos tanto da situação acidentária, em que o país marcou posição

como campeão mundial dos acidentes de trabalho, como também no evidenciamento das epidemias de doenças ocupacionais antes subnotificadas.

Diversas lutas ganham o cenário político, como foi o caso das intoxicações por chumbo na Ferro Enamel (primeira greve brasileira contra a insalubridade em 1984) e por benzeno, dos trabalhadores da Cosipa (1984); da interdição e luta dos trabalhadores na fábrica de BHC da Matarazzo (1986); e da greve e interdição do setor de fiação de Rayon por intoxicação com dissulfeto de carbono na empresa Nitroquímica, do Grupo Votorantin (1986) (REBOLÇAS, 1989).

No movimento de redemocratização do país, com as eleições diretas para os governos estaduais em 1982, surgem os primeiros avanços institucionais e, nas áreas de saúde pública, e atendimentos de demandas sociais. Outra fonte de inspiração do movimento brasileiro pela implantação da saúde dos trabalhadores é a Reforma Sanitária Italiana, que tem como um de seus pilares a luta pela saúde nas fábricas através do controle sindical e operário das condições de trabalho.

O contexto em que os governos foram eleitos nesse processo de redemocratização do país, aliado a manifestações de órgãos internacionais, possibilita a implantação dos denominados Programas de Saúde dos Trabalhadores (PSTs), que se materializam em experiências nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, e Rio Grande do Sul, a partir de 1984 e 1985. Essas experiências de abertura no terreno público através dos PSTs convivem com práticas opostas, que continuam a vigorar no interior das empresas pela prática dos serviços especializados em segurança e medicina do trabalho (SESMETs).

Essa vasta demanda de questões é remetida, então, para o processo de elaboração da Constituição Federal. Em 1986 acontecem, como citadas anteriormente, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores,

marcos históricos na luta da saúde como direito do cidadão e na criação do SUS, modelo assistencial Instituído pela Constituição Brasileira de 1988. Mesmo sem conseguir mudanças substanciais na estrutura das relações de trabalho nem em sua democratização, a Constituição de 1988 consagra avanços no campo da saúde e das políticas sociais que vão repercutir nas constituições estaduais, nos códigos de saúde dos Estados e municípios, leis orgânicas que direcionam o movimento pela descentralização, democratização e saúde no Brasil.

O movimento de reforma sanitária permite avanços, entre eles a inscrição da saúde dos trabalhadores como atribuição do SUS. A Constituição Federal assegura a saúde como direito e todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” conforme estabelecido em seu artigo 196. (BRASIL, 2001).

A competência do SUS na atuação em saúde do trabalhador passa então a ser concorrente e complementar à de outros ministérios, como o do Trabalho. Conforme artigo 24 da Constituição Federal; compete à União aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre, entre outros, a previdência social, a proteção e a defesa da saúde. No artigo 200 é definido que, ao SUS, compete, além de outras atribuições, executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, bem como a saúde do trabalhador, além de colaborar com a proteção do meio ambiente nele compreendido o do trabalho.

As diretrizes das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS foram consolidadas através da Portaria Ministerial nº 3.120, de julho de 1988, que prevê: universalidade das ações, independentemente da existência de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; integralidade das ações, compreendendo assistência e recuperação dos agravos, e prevenção através de intervenções nos processos de trabalho;

plurinstitutionalidade, através de ações articuladas entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador, centros de atendimento e assistência, instituições, universidades e centros de pesquisa sobre saúde e ambiente; controle social, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador; hierarquização e descentralização, consolidando o papel do município e dos distritos sanitários como instância de desenvolvimento de ações; interdisciplinaridade, incorporando as diversas áreas de conhecimento técnico com o saber operário; pesquisa-intervenção, como processo no qual a pesquisa é parte integrante e indissolúvel, que subsidia e aprimora a própria intervenção; caráter transformador, de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho. (BRASIL, 1998, Portaria Ministerial nº 3.120, de 1º de julho de 1998).

As eleições municipais de 1988 representam outro passo importante na ampliação dos restritos programas estaduais. Elegendo governos democráticos e populares em importantes cidades e capitais, possibilita a implantação e difusão dos programas de saúde do trabalhador na perspectiva da municipalização da saúde. Foram então criados os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, tentando aprofundar as experiências existentes no que se refere à gestão e à participação sindical, ao trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais em prol da articulação interinstitucional e ao funcionamento dos conselhos gestores de participação da sociedade civil organizada.

A ação municipal é regulamentada no plano federal através da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.908, de dez de novembro de 1998, definindo que os municípios em processo de gestão plena do sistema municipal deverão assumir atribuições em saúde do trabalhador, como: ações de vigilância nos ambientes e nos processos de trabalho; aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica; emissão de laudos sobre incapacitação do trabalhador sequelado; instituição de serviço de referência especializado

com capacidade para estabelecimento de nexo de causa dos agravos bem como para tratamento, recuperação e reabilitação do trabalhador; instituição e manutenção de cadastro das empresas, com a indicação dos fatores de risco.

Posterior à Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saúde constitui-se como um direito fundamental do ser humano, atribuindo-se ao Estado o dever de prover condições indispensáveis ao seu exercício, colocando como co-responsáveis desse processo às pessoas, a família, as empresas e a sociedade. Neste momento, é pertinente citarmos dessa lei o Art. 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (CRESS, 2001).

Essa mesma lei (vide Anexo 1), no Título II Capítulo I, parágrafo 3º, entende por saúde do trabalhador “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho” (CRESS, 2001).

As relações entre saúde e trabalho encontram-se nas esferas do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que várias leis versam sobre o assunto.

No âmbito da Legislação do Ministério do Trabalho e Emprego, existem as Normas Regulamentadoras, que se referem à segurança e medicina do trabalho, e que têm observância obrigatória por todos os órgãos que possuam empregados regidos pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). A CLT, vigente desde 1943, disciplina as questões de segurança e saúde no trabalho (Título II, Capítulo V) e trata da ergonomia nos arts. 198 e 199, sob o título genérico “Da Prevenção à fadiga”. Atualmente, as normas ergonômicas,

assim como todo capítulo de segurança e saúde no trabalho, da CLT, estão regulamentadas na Portaria nº 3.214 do Ministério do Trabalho.

A preocupação com a saúde do trabalhador vem se ampliando nos mais diversos ramos da ciência e foi possível observar através deste histórico, que é ampla a legislação sobre essa questão.

A saúde do trabalhador é um dos fatores que promove a qualidade de vida do trabalhador e, as empresas, que passam a estar preocupadas com o bem estar de seus empregados, passam a investir na promoção da saúde de seus empregados das mais variadas maneiras, pois a saúde é uma necessidade básica e fundamental para a produtividade.

Com a evolução dos sistemas produtivos, a modernização dos postos de trabalho e do modelo de economia nacional, as empresas passam a utilizar com maior eficiência seus trabalhadores, ou seja, o número de trabalhadores é cada vez mais reduzido, com aumento considerável da carga individual de trabalho.

Isto levou as empresas a preservarem seus postos de trabalho, buscando por isso, a saúde de seus trabalhadores, minimizando perdas e absenteísmo.

Junto a grande massa da população trabalhadora, o número de mulheres nos postos de trabalho hoje, é cada vez mais crescente. A gestação, fazendo parte do processo de desenvolvimento das sociedades, também se apresenta como ponto de preocupação diante da gestão de recursos humanos nas empresas. Cursos e esclarecimentos a respeito da gestação, visando o retorno da mulher ao trabalho, é preocupação também das empresas e das próprias mulheres, lutando pelo seu espaço no mercado de trabalho e reconhecimento da igualdade.

Com a precariedade dos recursos públicos para saúde no sistema público de saúde brasileiro, os trabalhadores e principalmente as empresas, passaram a procurar novos recursos para saúde. Isto fez surgir uma economia de grande crescimento e investimentos, devido a um mercado ansioso por recursos, do chamado Sistema Privado de Saúde.

1.1.3. Sistema Privado de Saúde no Brasil: Algumas Questões

Com a promessa de atendimento rápido, moderno e personalizado, as empresas e seguros de saúde conquistaram uma legião de consumidores que fugiam das filas dos serviços públicos nas décadas de 60 estendendo-se fortemente nos últimos anos e vem crescendo consideravelmente nos dias atuais. Hoje, este segmento do sistema de saúde domina o mercado de saúde privada, o segmento dos planos de saúde, com suas 2,7 mil empresas e atende uma parcela de mais de 40 milhões de brasileiros, e surgiram como alternativa para a carência no atendimento.

No Brasil, o sistema privado de saúde, com atendimento médico-hospitalar, foi formado em São Paulo, em 1956, quando uma empresa de porte expressivo desativou seu serviço de saúde e contratou um grupo de médicos para dar assistência aos seus funcionários, mediante um pré-pagamento fixo. Mas foi no início dos anos 60 que surgiu e desenvolveu-se a partir do ABC, cidades da região metropolitana de São Paulo. Médicos se organizaram em grupos para preencher o vazio deixado pelo Estado que já demonstrava sua incapacidade em acompanhar o novo momento, caracterizado pela queda na qualidade do atendimento médico-hospitalar oferecido pelo setor público, longas filas de espera e superlotação dos hospitais (eHealth, 2001).

O setor privado atende 1/4 da população brasileira, cerca de 41 milhões de pessoas. Destes, 41 milhões usuários de planos de saúde privada, 32,9 milhões estão associados a planos coletivos, estes na sua maioria, são trabalhadores empregados de indústrias ou empresas. Os 8 milhões restantes são os que precisam e podem pagar por planos individuais ou familiares, para terem a garantia do atendimento. Do outro lado, estão as 120 milhões de pessoas na sociedade, constituídas de excluídos, trabalhadores do setor formal e informal da economia, lavradores, idosos, operários, entre outros, sem qualificação profissional que dependem do atendimento do SUS (eHealth, 2005).

Grande parte destas empresas de planos de saúde privado estão sediadas no Sudeste do País, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro. Nestes dois Estados, segundo informações da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) estão as empresas de grande porte, que mantêm um cadastro de mais de 200 mil pessoas associadas (eHealth, 2005).

Já as empresas menores, com menos de dez mil usuários, encontram-se espalhadas pelo interior e pelas periferias das grandes cidades, cujos serviços são oferecidos por pequenos hospitais e santas casas, sem recursos sofisticados. Por isso mesmo, comercializam planos baratos, com as limitações decorrentes, mas suficientes para a maioria das necessidades de seus contratantes. (eHealth, 2005).

Dentro da Embraco, os funcionários com tempo de empresa maior ou igual a três meses são beneficiados pelo sistema de saúde privado, administrado pela empresa de plano de saúde, Saúde Bradesco. Este funciona de forma que os funcionários arcam com as despesas de no máximo 10% do valor de consultas e exames, quando estes não forem gratuitos. Ainda, não há mensalidade cobrada pelo plano, ou seja, só serão descontados valores se estes serviços forem utilizados (novamente, em até 10%).

O trabalho no mundo ocidental passou a ser um assunto de importância, sendo motivador para produtividade e qualidade de vida dos trabalhadores. Esse é um assunto a ser abordado a seguir.

1.2. A Qualidade de Vida do Trabalhador

1.2.1. O Trabalho e a Qualidade de Vida

O trabalho humano, quando executado sob condições insalubres ou inseguras, tem efeito direto sobre o bem-estar físico e psíquico do homem, motivo pelo quais muitos pesquisadores e profissionais ligados à questão da saúde e do trabalho humano estão

interessados em investigar as formas mais sutis com que o trabalho vai de encontro ao funcionamento psíquico do indivíduo (LADEIRA 1996).

O trabalho representa um valor importante nas sociedades ocidentais contemporâneas, exercendo uma influência considerável sobre a motivação dos trabalhadores, assim como sobre sua satisfação e sua produtividade. A organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e de desenvolver suas competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar, pois a busca desenfreada pela qualidade e competitividade e sua crescente intensificação do trabalho podem trazer conseqüências para a saúde dos trabalhadores (OLIVEIRA, 1997). Por outro lado, é no trabalho que as pessoas têm condições de descobrir suas potencialidades de crescimento como ser humano, de valorizar-se e desenvolver auto-estima.

O termo “Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)” apareceu na literatura há algumas décadas, a preocupação com a satisfação do trabalhador e sua produtividade não são fatos recentes, existindo registros de tentativas de melhoramento das formas de realização do trabalho desde os primórdios da humanidade (MORAES, 1989). Não podemos desprezar, por exemplo, os ensinamentos de Euclides de Alexandria sobre os princípios de geometria, 300 anos a.C. e que foram aplicados para melhorar o método de trabalho dos agricultores à margem do Nilo ou a “Lei das Alavancas” de Arquimedes, que em 287 anos a.C. veio diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores (RODRIGUES, 1995).

Com o advento da Revolução Industrial e a sistematização dos métodos de produção, a preocupação com as condições de trabalho e a sua influência na produção e moral do trabalhador passou a ser estudada de forma científica (MORAES, 1989). Nesta época diversos atos trabalhistas foram instituídos como, por exemplo, o estabelecimento da jornada de 40 horas semanais, leis sobre o trabalho infantil, compensações trabalhistas que

protegem o trabalhador de acidentes de trabalho e acabam com algumas condições insatisfatórias de trabalho.

No início dos anos 20, surgiram as primeiras preocupações científicas sobre a influência das condições físicas do local de trabalho na produtividade industrial (RODRIGUES, 1995).

O progresso rápido dos anos 30 e 40, caracterizado pela conscientização dos trabalhadores e pelo rápido crescimento do movimento sindical, tiveram sua ênfase no direito e na segurança de emprego e em melhores salários. Estes progressos estimularam cientistas e dirigentes de empresas a reforçar estudos e pesquisas no sentido de identificar fatores do trabalho que estariam afetando a satisfação e a produtividade do trabalhador (MORAES, 1989).

Por outro lado, é na Inglaterra nos anos 50 que surgem as primeiras teorias que associavam o indivíduo, sua satisfação e a tarefa que executava, com o nome de QVT (Qualidade de Vida no trabalho) (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

Os anos 60 apresentaram a sociedade vivendo uma convulsão social, diante dos questionamentos ao funcionamento de suas estruturas. Esse contexto tornou o indivíduo mais consciente, aumentando a necessidade de igualdade de oportunidades de emprego e o número de empregos, favorecendo o desenvolvimento de estudos iniciados na década anterior nos Estados Unidos e Inglaterra e denominados de QVT (RODRIGUES, 1995).

Os estudos sobre a QVT continuaram evoluindo, mas em meados da década de 1970 verificou-se uma desaceleração em virtude de problemas econômicos da época, onde as organizações tinham suas atenções desviadas para a alta inflação e a substituição do petróleo e que até 1974 era uma fonte de energia de baixo custo (RODRIGUES, 1995).

Pode-se considerar que o ano de 1974 é como um marco no desenvolvimento da qualidade de vida no trabalho, caracterizando-se pela crescente preocupação de cientistas,

líderes sindicais, empresários e governantes, com as maneiras de como influenciar a qualidade das experiências do trabalhador num determinado emprego. Os programas de QVT ressurgiram a partir dos anos 80, passando a Europa e os Estados Unidos a ocupar, cada vez mais, lugar de destaque nos estudos sobre o tema passando neste mesmo período, sendo vista como um conceito global e como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e produtividade no trabalho. (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

No Brasil, da década de 1980 em diante, várias pesquisas foram realizadas abordando o tema e envolvendo gama variada de categorias profissionais e ocupacionais de áreas da construção civil, da educação, da saúde, dos ramos imobiliário e financeiro, de prestação de serviços etc. (FERNANDES; GUTIERREZ, 1988).

Inicialmente, deve-se salientar que sob o título genérico de QVT se encontram programas, estudos e pesquisas que visam integrar o homem ao seu trabalho e que devem propiciar um ambiente de maiores satisfação e motivação para o desempenho superior do trabalhador em sua função e na realização de sua tarefa (MACEDO, 1993).

A renovação das organizações por meio da melhoria da QVT é uma exigência da sociedade a partir da década de 1990, sendo necessário o estabelecimento de critérios apropriados para a avaliação do nível de qualidade de vida nas organizações. Contudo, não é suficiente a decisão de melhorar a QVT nas empresas. É importante a identificação de fatores e critérios que sustentem a formulação de modelos de projetos de QVT (FERNANDES; GUTIERREZ, 1988). Assim, não se podem dissociar as condições de saúde dos trabalhadores das formas de gestão da empresa, devendo os programas de Qualidade de Vida no Trabalho serem avaliados a partir de critérios estabelecidos ou de indicadores conhecidos (REGIS FILHO; LOPES, 2001).

A adoção de programas de QVT e promoção da saúde proporcionam ao indivíduo maior resistência ao estresse, maior estabilidade emocional, maior motivação,

maior eficiência no trabalho, melhor auto-imagem e melhor relacionamento. As empresas são beneficiadas com uma força de trabalho mais saudável, menor absenteísmo, menor número de acidentes, menor custo de saúde assistencial, maior produtividade, melhor imagem e, por último, um melhor ambiente de trabalho.

As abordagens sobre QVT apresentam-se como uma proposta de humanização do trabalho que visa tratar de aspectos do ambiente ocupacional com o intuito de proporcionar satisfação aos empregados e aumentar a produtividade da empresa (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

A qualidade de vida no trabalho poderia ser conceituada como uma experiência de humanização do trabalho, por meio da qual uma organização para alcançar ganhos de produtividade e excelência empresarial, procura satisfazer os seus membros criando condições de trabalho que ofereçam: cargos produtivos e satisfatórios, atividades significativas e desafiadoras, sistemas de recompensa inovadores, informações compartilhadas, *feedback* constante, possibilidades de participação nas decisões e na solução de problemas e oportunidades de realização pessoal e profissional (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

Um bom lugar para se trabalhar é extremamente importante para se obter uma elevada QVT, pois ela é a medida pela qual os membros de uma organização têm condição de satisfazer suas importantes necessidades, através de suas experiências de trabalho.

Fernandes; Gutierrez (1988) afirmam que embora as expectativas dos trabalhadores cresçam em proporção inversa às das tecnologias gerenciais, e que essa relação produza alienação e insatisfação no trabalho, aspectos relacionados a um sistema de compensação justo, ao crescimento na carreira, à participação nas decisões, à estimulação da criatividade e ao feedback sobre desempenho, os quais normalmente são enfatizados pelos

programas de qualidade de vida, podem se refletir positiva e decisivamente na qualidade de vida do trabalhador.

Trabalhar com qualidade de vida no trabalho envolve diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano, além de um conseqüente aumento na produtividade da empresa (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

Segundo Búrigo (1997) busca humanizar as relações de trabalho na organização, mantendo uma relação estreita com a produtividade e principalmente com a satisfação do trabalhador no seu ambiente de trabalho, está associada ao bem-estar, à saúde e à segurança do trabalhador.

A QVT também pode ser entendida como resultante direta da combinação de diversas dimensões básicas da tarefa e de outras dimensões não dependentes diretamente da tarefa capazes de produzir motivação e satisfação em diferentes níveis ou ainda como um bem estar relacionado ao emprego do indivíduo.

Segundo Moraes (1989), qualidade de vida no trabalho, mais do que um conjunto de instrumentos e técnicas é uma postura nova diante do trabalho que busca essencialmente preservar a saúde da organização. Também pode ser considerada como uma compreensão abrangente e comprometida sobre as condições de vida no trabalho, incluindo aspectos de bem estar, garantia à saúde e segurança física, mental e social e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso da energia pessoal; é o encontro de várias áreas, dentro e fora da empresa (LIMONGI, 1995).

Para França (1997), qualidade de vida no trabalho, é o conjunto das ações de uma empresa e que envolvem a implantação de melhorias e inovações tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção desta qualidade ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial,

representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas durante o trabalho na empresa”.

De acordo com Fernandes (1988) o conceito de qualidade de vida no trabalho é , de certa forma, abrangente, englobando as melhorias das condições de trabalho decorrentes dos movimentos sindicais e atos legislativos que visam proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida, mas inclui ainda o atendimento de necessidades e aspirações humanas.

É importante salientar que toda pessoa pode contribuir decisivamente para a sua própria qualidade de vida, dependendo de suas posturas diante da vida e do seu próprio trabalho. O indivíduo deve se identificar com a tarefa que ele está realizando, para que ela dê sentido ao trabalho, gerando assim uma alta motivação e satisfação, além de serviços de alta qualidade (CAPOBIANCO, 1986).

Vários são os tópicos que podem ser levados em consideração quando se estuda qualidade de vida no trabalho, como: compensação adequada e justa (salário, jornada de trabalho), condições de trabalho (ambiente, salubridade), uso e desenvolvimento de capacidades (autonomia, estima, capacitação múltipla, informações sobre o trabalho), oportunidade de crescimento e segurança (carreira, desenvolvimento pessoal e estabilidade no emprego), integração social na organização (ausência de preconceitos, habilidade social, valores comunitários), cidadania (direitos garantidos, privacidade, imparcialidade), trabalho e espaço total de vida (liberdade de expressão, vida pessoal preservada, horários previsíveis), relevância social do trabalho (imagem da empresa, responsabilidade social da empresa) (LIMONGI, 1995).

Melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores é uma atitude que certamente gerará benefícios não só para a organização, como para a vida de seus membros (MORAES,

1989). Zorzi (1991) afirma que a busca da qualidade, tanto no trabalho quanto na vida, coloca todos em xeque. Empresas e trabalhadores precisam estar aptos a cumprir os compromissos nesse processo em que a área de Gestão de Pessoas (Recursos Humanos) tem função essencial. Segundo a autora, as empresas precisam investir no fortalecimento do indivíduo, para que ele lide satisfatoriamente com a pressão que não é passível de ser eliminada ou reduzida.

Levando-se em consideração o tópico de compensação adequada e justa, é importante salientar que remuneração dos funcionários deve ser composta de um salário compatível com o mercado e com incentivos ligados a desempenhos individuais e resultados do negócio (ZORZI, 1991).

A insatisfação com a vida no trabalho é uma questão que afeta muitos trabalhadores. A frustração comum nos trabalhadores desencantados com a sua vida no trabalho pode custar perdas tanto para o indivíduo como para a organização. O trabalhador quando apresenta problemas na execução de seu trabalho, pode causar o surgimento de alguns indicadores bastante evidentes da deterioração da qualidade de vida tais como: aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda de contato do homem com a natureza e até depredação da mesma (RODRIGUES, 1995).

Para tanto, é importante lembrar que o tema vem sendo inserido no tema Qualidade de Vida, e que ambos estão dentro do termo Qualidade. Nos últimos anos, estes termos vêm sendo bastante discutidos em áreas como a administração, a medicina, a enfermagem e o Serviço Social, entre outras, todas ligadas às condições de trabalho e à perspectiva de vida das pessoas.

Isso ocorre porque o termo qualidade de vida está relacionado e/ou associado com vários fenômenos que norteiam os seres humanos, tais como: a saúde física e mental, a

longevidade, a satisfação no trabalho, as relações familiares, disposição, produtividade, dignidade e espiritualidade; desse modo, seu estudo diz respeito também às condições de trabalho. Atualmente, a busca da qualidade é a tônica do momento, e mobiliza esforços de toda ordem nas empresas brasileiras, o que não deixa de trazer resultados positivos.

1.2.2. Os Direitos Sociais das Mulheres e Gestantes: A qualidade de vida em questão

Em 1985, o governo federal, com Figueiredo na presidência, criou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que se tornou, em determinado momento, um instrumento de mobilização das mulheres por suas reivindicações. Em 1986, houve em Brasília, o Encontro Nacional da Mulher pela Constituinte, promovido pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. As propostas aprovadas unificaram os anseios das mulheres do país inteiro, praticamente todas as reivindicações levantadas foram apresentadas pelos constituintes, que as incorporaram ao texto constitucional (TELES 1993).

A única exceção, ou a principal, diz respeito ao direito de aborto. E mesmo nesse caso, a participação das feministas impediu que houvesse um retrocesso na lei brasileira. Deputados evangélicos e católicos pretendiam introduzir o direito a vida desde a concepção, proibindo até aqueles casos já previstos na Lei (Código Penal de 1940): o direito de interromper a gravidez resultado de estupro e a que provoca risco de vida materna (TELES 1993).

A mulher no seu período gestacional tem direitos que devem ser respeitados para que sua gravidez seja saudável e seu parto seguro. Nos três primeiros meses, as mudanças em seu corpo físico são pouco visíveis. Sua barriga ainda não aparece, mas seus direitos já estão garantidos por lei.

Toda gestante tem, segundo Reis (2005):

- prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas ou privadas como postos do INSS, bancos, supermercados etc.
- prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos.
- as gestantes não devem aceitar agressões físicas ou morais por parte de estranhos, do seu companheiro ou de familiares. Caso isso aconteça, é necessário procurar uma delegacia, preferencialmente a delegacia da mulher do município, para prestar queixa.

Nos serviços de saúde os gestantes têm direitos a:

- ser atendida com respeito e dignidade pela equipe de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- aguardar o atendimento em lugares arejados e limpos, tendo à sua disposição água potável e sanitária limpos.
- um serviço de saúde de qualidade deve atender a gestante chamando-a pelo seu próprio nome, criar alternativas para evitar longas esperas e procurar lhe dar prioridade nas filas. (REIS, 2005)

Durante a internação e no trabalho de parto, as gestantes possuem os seguintes direitos:

- de ser escutada em suas queixas, reclamações e ter suas dúvidas esclarecidas;
- de conhecer os procedimentos rotineiros do parto e escolher o parto que deseja;
- de expressar os seus sentimentos e suas reações livremente. A gestante não deve se envergonhar nem se intimidar se tiver vontade de chorar, gritar ou rir. Essas são reações normais que podem ocorrer durante o trabalho de parto com todas as mulheres;
- de ter um parto normal e ser atendida por uma equipe preparada e atenciosa. Na grande maioria dos casos, o parto normal é a maneira mais segura e saudável de

ter filhos e deve ser estimulado por uma assistência humanizada, gentil, segura e de boa qualidade, para você e seus acompanhantes;

- de não se submeter a uma cesariana, a menos que haja riscos para você e para o bebê;
- de contar com a presença de acompanhamento no momento do parto, como o pai da criança, parente ou pessoa amiga (FARIA, 2004).

O parto é considerado uma urgência e o seu atendimento não pode ser recusado em nenhum hospital, maternidade ou casa de parto. Se a unidade de saúde não puder atender a gestante naquele momento, os profissionais de saúde devem examiná-la antes de proceder ao encaminhamento para outro local. Você só poderá ser transferida se houver tempo suficiente para isso e depois de terem sido confirmadas a existência de vaga e a garantia de atendimento no outro estabelecimento de saúde. Cada mulher e cada parto são diferentes. A dor no parto costuma ser uma forte dor, mas muitas mulheres acham que é uma dor suportável e preferem não ter anestesia. Se você sentir necessidade peça anestesia mesmo em caso de parto normal, inclusive nos hospitais públicos ou conveniados ao SUS (FARIA 2004).

Segundo Reis (2005), após o parto a gestante tem direito a:

- ter a criança ao seu lado, em alojamento conjunto, e amamentar. Vocês só precisam ficar separados se algum dos dois tiver algum problema;
- receber orientação sobre a amamentação e suas vantagens, para você e para a criança;
- no momento da alta, sair com orientação sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e do controle do bebê;
- tirar o registro (certidão de nascimento) de seu bebê gratuitamente em qualquer cartório logo que deixar a maternidade.

No espaço de trabalho, a gestante tem seus direitos garantidos pela lei trabalhista CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), no Capítulo III Seção V da proteção à maternidade:

Art. 391. Não constitui justo motivo para a rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou de encontrar-se em estado de gravidez.

Parágrafo único. Não serão permitidos em regulamentos de qualquer natureza contratos coletivos ou individuais de trabalho, restrições ao direito da mulher ao seu emprego, por motivo de casamento ou de gravidez.

Art. 392. (Revogado pela CF de 1988, art. 7º, XVIII.)

§ 1º. Para os fins previstos neste artigo, o início do afastamento da empregada de seu trabalho será determinado por atestado médico nos termos do art. 375, o qual deverá ser visado pela empresa.

§ 2º. Em casos excepcionais, os períodos de repouso antes e depois do parto poderão ser aumentados de mais 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico, na forma do § 1º.

§ 3º. Em caso de parto antecipado, a mulher terá sempre direito a 120 (cento e vinte) dias.

§ 4º. Em casos excepcionais, mediante atestado médico, na forma do § 1º, é permitido à mulher grávida mudar de função.

Art. 393. Durante o período a que se refere o art. 392, a mulher terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos 6 (seis) últimos meses de trabalho, bem como aos direitos e vantagens adquiridos, sendo-lhe ainda facultado reverter à função que anteriormente ocupava.

Art. 394. Mediante atestado médico, à mulher grávida é facultado romper o compromisso resultante de qualquer contrato de trabalho, desde que este seja prejudicial à gestação.

Art. 395. Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.

Art. 396. Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um.

Parágrafo único. Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

Art. 397. O SESI, o SESC, a LBA e outras entidades públicas destinadas à assistência à infância manterão ou subvencionarão, de acordo com suas possibilidades financeiras, escolas maternais e jardins de infância, distribuídos nas zonas de maior densidade de trabalhadores, destinados especialmente aos filhos das mulheres empregadas.

Art. 398. (Revogado pelo Dec.-lei 229, de 28.02.1967.)

Art. 399. O Ministro do Trabalho e da Administração conferirá diploma de benemerência aos empregadores que se distinguirem pela organização e manutenção de creches e de instituições de proteção aos menores em idade pré-escolar, desde que tais serviços se recomendem por sua generosidade e pela eficiência das respectivas instalações.

Art. 400. Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período da amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária.

Ainda segundo a CLT, as empresas que empreguem mais de 30 mulheres com idade acima de 16 anos são obrigadas a manter um local apropriado para guardar os filhos se suas empregadas, no período da amamentação (TELES 1993).

Na Embraco, Empresa Brasileira de Compressores S.A., existe um berçário, que abriga filhos de funcionárias até os 12 meses de idade. Baseando-se nestes direitos e deveres da CLT, procuramos criar um grupo para as gestantes da Embraco. Este grupo foi criado durante o estágio no departamento de Serviço Social dentro da área de Recursos Humanos, que será assunto para o tema apresentado a seguir.

1.3. O Serviço Social Organizacional

1.3.1. A trajetória Histórica do Serviço Social na Empresa

O Serviço Social na sua gênese surge dos movimentos de filantropia, e sua atuação metodológica pautou-se por muito tempo no modelo assistencialista. No Brasil, sua história inicia-se em 1932 com o Curso Intensivo de Formação Social, abrindo espaço para a implantação da primeira escola de Serviço Social de São Paulo em 1936. Com a Era

Trabalhista e os Círculos Operários, percebeu-se a necessidade do assistente social como profissional atuante junto à empresa, enfatizando-se a contratação deste profissional, com o aceleramento da industrialização, nas décadas de 60/70.

Historicamente, ao Serviço Social dentro da empresa tem cabido o gerenciamento de serviços destinados a atender carências do operário e atenuar os problemas psicosociais que, porventura, venham a interferir negativamente no trabalho e no trabalhador. O assistente social uma vez inserido neste campo de trabalho passa a intervir como mediador, trabalhando pressupostos básicos da natureza humana e condições de garantir produtividade satisfatória, porém de forma gradativa, respeitando todo um processo de aceitação e adaptação do trabalhador na sociedade e empresa.

Entretanto, neste contexto, o profissional sempre atuou com limitações, considerando-se a imagem e a motivação do empregador com relação ao Serviço Social, em todos os campos de atuação. A associação errônea entre assistente social e prática paternalista sempre foi uma constante entre os profissionais, e essa postura somente poderá dissociar-se definitivamente se a própria classe profissional atentar-se em mostrar através de seu trabalho prático e objetivo a validade social de sua intervenção na sociedade com resultados e efetividade da sua ação. (BORALLI, 2005).

A presença do assistente social na empresa, antes de qualquer coisa, vem confirmar que a expansão do capital implica na criação de novas necessidades sociais. Isto é, a empresa, enquanto representação institucional do capital passa a requisitar o assistente social para desenvolver um trabalho de cunho assistencial e educativo junto ao empregado (MOTA, 1991).

A justificativa para executar serviços sociais dentro da empresa fundamenta-se na importância atribuída à preservação da qualidade da força de trabalho dos empregados, passível de ser afetada tanto pelas carências materiais que vivencia o trabalhador como pelo

surgimento de comportamentos divergentes que interfiram no processo organizativo da produção (MOTA, 1991).

O profissional do Serviço Social, através de seus conhecimentos especializados, técnicos, auxilia indivíduos, grupos e comunidade a usarem suas próprias iniciativas para conseguirem maior harmonia entre necessidades do homem e do meio ambiente usando de habilidades próprias, e de acordo com Iamamoto (1997), é possível atestar nos locais de trabalho uma crescente demanda por serviços sociais.

A ação profissional do Serviço Social em empresas relaciona-se intimamente com o desenvolvimento organizacional, buscando o equilíbrio dinâmico, no qual o assistente social colabora com a administração da empresa, intervindo nos fenômenos sociais que tenham relação com a situação "ser humano - trabalho", favorecendo juntamente com a participação do colaborador, atentando-se para suas opiniões, englobando seus conhecimentos em prol do desenvolvimento organizacional como um todo, uma vez que é este colaborador, em grande parte, o responsável pela realização do trabalho de forma satisfatória.

Podemos destacar também que o assistente social, na maioria das vezes torna-se o responsável pela garantia dos direitos sociais compulsórios da empresa na qual atua, bem como pelo incentivo e criação dos liberais. Os setores de atendimento às necessidades básicas humanas, de educação, de segurança social, de atendimento às necessidades de relações sociais, comunicação sociais, economia social, desenvolvimento cultural, integração social, entre diversos outros, devem ser trabalhados pelo técnico de Serviço Social, objetivando mediante o conhecimento da realidade com expectativas e necessidades, suprir problemas de forma integrar e possibilitar a construção da dignidade humana na relação estabelecida entre a empresa, o empresário e os seus colaboradores.

A partir de 1989, com a consolidação da reestruturação da produção e de sua gestão, decorrente do novo padrão da acumulação flexível de inspiração neoliberal, sob o desemprego estrutural, a área sofreu redução do efetivo de assistentes sociais, terceirizações e novos desafios, destacando-se: (FREIRE, 2003)

- disputar os espaços de trabalho por sua competência, desde os tradicionais, como a administração de "benefícios", até os institucionais e comunitários, que envolvem pesquisas de necessidades e sua satisfação, em todas as instâncias, que se articulam;
- inserir-se nesses espaços, buscando não cair nas armadilhas do neo-conservadorismo consensual e da participação restrita sob o comando dos gerentes, no interesse predominante do capital;
- articular-se com as instâncias societárias da sociedade civil, incluindo o movimento sindical.

Nas empresas que objetivam o lucro, o assistente social é um trabalhador produtivo indireto, como parte do trabalho coletivo, inserido geralmente nas equipes dos profissionais da saúde ou da gestão de pessoas (antiga área de "recursos humanos"), não havendo legislação que estabeleça obrigatoriedade de sua contratação, como no caso dos médicos e enfermeiros do trabalho e dos engenheiros e técnicos de segurança do trabalho. A legislação a ser apropriada neste campo é antes a dos direitos do trabalhador (FREIRE, 2003).

O aumento da qualidade de vida do trabalhador, resultado da reestruturação empresarial, faz com que o profissional de Serviço Social passe a ter importante papel dentro da área de Recursos Humanos, construindo seu espaço gradativamente.

1.3.2. Recursos Humanos: A Construção do Espaço do Serviço Social

A área de Administração de Recursos Humanos está relacionada muitas vezes à figura do administrador de empresas, ou ao do psicólogo. Há algum tempo isto poderia ser uma verdade, mas atualmente, existe uma grande abertura para profissionais de outras áreas devido ao advento da idéia de interdisciplinaridade e a procura de novos campos de atuação por parte destes profissionais.

Referindo-se à qualidade de vida no trabalho, percebe-se facilmente o quanto à valorização do ser humano está presente no tema, como descrito anteriormente. Há uma preocupação do empregador de melhorar cada vez mais a produtividade do empregado, já que os postos de trabalho estão cada vez mais reduzidos. Assim, pode-se fazer uma ligação do trabalho desenvolvido por um profissional do Serviço Social. A valorização do ser humano sempre foi foco das ações do Serviço Social, em todos os campos de trabalho.

Com o ingresso das teorias de qualidade de vida nas organizações, emergiram conceitos pertinentes à necessidade de valorização do homem, como fundamental para a qualidade do produto. A introdução desta concepção de necessidade de qualidade de vida no trabalho abre caminhos para o profissional de Serviço Social desempenhar ações. Ele deve fundamentar suas ações integrando os objetivos organizacionais com princípios básicos de ética, moral, que coloquem em primeiro plano o ser humano.

O assistente social inserido nos recursos humanos pode ser também considerado um mediador, pois este tem a possibilidade de imprimir um direcionamento de sua prática, que poderá ser crítica ou alienada, dependendo de seu projeto político, do jogo de forças sócio-institucionais e de sua leitura conjuntural da realidade. Assim sendo, o assistente social é um dos profissionais que atua com e nas mediações, “mediação é uma categoria bidimensional: estrutura o ser independente da razão, portanto, é ontológica; e como construto da razão, se apropria do movimento do próprio ser social”. (PONTES, 1997)

As novas demandas atribuídas ao profissional de Serviço Social dentro de uma organização exigem o desenvolvimento de novas habilidades como, por exemplo, as de estrategistas e articulador, e rompa de vez com o velho paradigma segundo o qual a assistente social tem vocação para a caridade.

O assistente social inovado deve se concentrar em desenvolver e instigar múltiplas inteligências, principalmente em se tratando da formação e desenvolvimento de equipes de trabalho, onde poderá contribuir para que os integrantes se mantenham sempre fortalecidos, energizados, potencializados, reconhecendo sua importância e sua contribuição nos ambientes de socialização, tendo como instrumento a educação permanente.

Assim, Lemos (1998, pg. 18), acredita que o assistente social inovado possui a seguinte postura: encoraja as pessoas a assumirem seus papéis com autonomia e não atuem como reprodutores de normas alheias; estimula as pessoas a estabelecerem contato direto com os canais de poder, não fazendo a intermediação, acredita e investe na potencialidade das pessoas e não focaliza apenas as suas carências.

Neste sentido, no ambiente das organizações, existe a necessidade do assistente social ser estrategista, empreendedor e educador; devendo possuir conhecimento sobre a organização de uma maneira geral e ter noção de sua complexidade, é necessário desenvolver habilidades relacionadas à: identificação de oportunidades de ação, tomada de decisões, liderança, comunicação interpessoal, objetividade, polivalência, julgamento e negociação. Desse modo, pode-se provar a imprescindibilidade do assistente social nas organizações e legitimar a área de recursos humanos como um campo próprio para exercer seu papel (BORALLI, 2005).

Na empresa Embraco, onde foi desenvolvido o estágio curricular operacionalizando o grupo de orientação às gestantes, o Serviço Social encontra-se ainda em

processo de efetivação e na busca constante de uma prática voltada para a assistência, embasada num projeto ético-político da profissão, e não apenas em ações emergenciais.

1.3.3. O Serviço Social na Embraco

A Embraco – Empresa Brasileira de Compressores S.A. iniciou suas atividades em Joinville – SC no ano de 1974, e a cada ano que passava, até meados da década de 80, o número de contratações e a demanda pelo atendimento aos funcionários vinha crescendo de forma rápida. Com o passar dos anos sentiu-se a necessidade de contratar um profissional de Serviço Social para gerenciar as questões sociais que começavam a despontar no cenário organizacional.

Segundo Iamamoto (1997, p. 10):

O assistente social dispõe de um código de ética profissional e embora o Serviço Social seja regulamentado como uma profissão liberal, não tem essa tradição na sociedade brasileira. É um trabalhador especializado, que vende a sua capacidade de trabalho para algumas entidades empregadoras, predominantemente de caráter patronal, empresarial ou estatal, que demandam esta força de trabalho qualificada e a contratam.

Desta forma, também a Embraco apresentou a demanda pelo profissional especializado no Serviço Social, e, cinco anos após a estruturação da empresa, em 1979, o assistente social começa a desenvolver seu trabalho na instituição, dentro da área de Recursos Humanos, hoje chamada Administração de Pessoas.

Na fase inicial, o assistente social foi considerado como um “benefício” ao funcionário, fornecido pela empresa, assumindo assim um caráter assistencialista. A primeira assistente social prestou seus serviços até 1984, quando houve uma troca de profissional. Entretanto, a nova assistente social continuou na linha do assistencialismo, coordenando os pacotes de benefícios que a empresa dispunha no momento.

Por volta de 1987, entram na Embraco mais duas profissionais, abrindo caminho para ações não só assistencialistas como também preventivas e educativas. Neste período o

Serviço Social era muito exigido pela empresa, considerando que apresentava um caráter de paternalismo com seus funcionários e por isso eram exigidas ações imediatas e concretas destes profissionais. A maioria das ações eram direcionadas para atendimento individual ao funcionário, e a partir daí eram providenciadas alternativas e encaminhamentos necessários.

Em 1996 muda novamente o quadro de profissionais de Serviço Social e entra a profissional que se encontra atualmente na instituição. Esta profissional, como as anteriores, se inquieta com a política de atendimento e procura desenvolver ações na busca da corresponsabilidade junto aos funcionários e lideranças, buscando reduzir a cultura do paternalismo. E a partir deste momento as ações passaram a ser educativas e preventivas.

Atualmente, ainda percebe-se ações de caráter assistencialista e emergencial, como exemplo: auxílio financeiro e social ao funcionário que procura ajuda ao setor e auxílio funeral. Mas as grandes ações deste profissional estão no planejamento de ações sociais na busca da emancipação e de uma melhor qualidade de vida ao público interno da Embraco.

Todavia, a cultura da empresa ainda continua muito arraigada à questão do Serviço Social associada à situação do imediatismo, considerando que os funcionários e lideranças esperam que a assistente social resolva a “situação problema” do funcionário. Como demonstra Iamamoto (1997), um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos.

As ações do Serviço Social na Embraco podem ser destacadas como: visita domiciliar, visita hospitalar, atendimento individual, participação e coordenação de reuniões, participação do planejamento interno, gerenciamento do benefício de assistência médica, acompanhamento de funcionários afastados, dentre outras atividades do dia – a – dia.

Na Embraco, há atividades específicas designadas para o profissional de Serviço Social. As atividades desenvolvidas pelo profissional, e um estagiário são as seguintes:

- a) Orientar, monitorar lideranças e funcionários sobre o uso adequado do plano de benefícios da empresa (vide Anexo 2), especialmente Plano de Assistência Médica.
- b) Orientar, encaminhar funcionários em situações de problemas, como:
 - Problemas de relacionamento;
 - Desajuste familiar;
 - Situações de doença / falecimento;
 - Dependência química e alcoolismo;
 - Visitas hospitalares;
 - Visitas domiciliares.
- c) Contribuir em programas preventivos na empresa:
 - Orientações a gestantes;
 - Prevenção à AIDS;
 - Prevenção ao alcoolismo;
 - Dependência química, drogas;
 - Tabagismo.
- d) Contribuir para implementação de programas de promoção da saúde dos funcionários privilegiando a co – responsabilidade:
 - Disseminação da visão biopsicossocial;
 - Consultoria financeira – Empréstimo consignado;
 - Implementação do Núcleo Biosaúde, buscando o resgate pessoal e profissional dos funcionários afastados.

Capítulo 2

2.1. O Grupo de Gestantes da Embraco – Um processo em construção com o Serviço Social

2.1.1. Contextualizando a empresa Embraco

A Embraco – Empresa Brasileira de Compressores S.A., emprega atualmente 4.933 (dados de dezembro de 2004) funcionários em sua matriz, situada em Joinville, SC. Neste contingente, aproximadamente 20% dos trabalhadores é composto por mulheres (de acordo com a estatística do departamento de Gestão de Pessoas), atuando principalmente na área de manufatura¹.

A seguir, um breve histórico da Embraco, inserindo a empresa no contexto do tema que vem sendo abordado neste trabalho de conclusão de curso de Serviço Social, de acordo com sua história, aumento da capacidade produtiva, número de empregados, e, principalmente, número de mulheres empregadas.

2.1.1.1. Histórico da empresa

Fundada em 1971, com o objetivo de suprir a indústria brasileira de refrigeradores, então ainda dependente da importação, a EMBRACO surgiu por iniciativa de três fabricantes de refrigeradores: Consul, Springer e Prosdócimo.

¹ A manufatura implica um processo de produção coletivo, executado por numerosos trabalhadores em cooperação, entre os quais se dividem as diversas operações parciais da produção (Iamamoto apud Marx, 1995).

Em 1975 inaugurou seu parque fabril, com capacidade para 1 milhão de compressores por ano, iniciando a produzir o primeiro modelo, PW, por um acordo técnico com a empresa Danfoss.

Já em 1977 deu-se início às exportações, com envio do primeiro lote de compressores ao Peru e em 1978 e 1979 houve as primeiras exportações e conquistas de mercado para Estados Unidos da América e Canadá e mais tarde ainda mercados na América Latina.

Nos anos 80 seus produtos já chegavam a todos os continentes, graças a uma forte estrutura de vendas e distribuição, atualmente capaz de atender a mais de 70 países.

Em 1987 a empresa deu um grande salto, iniciando a produção do primeiro compressor 100% tecnologia Embraco, o modelo EM. Neste mesmo período também a empresa investe em outros mercados, abrindo um escritório comercial nos EUA, onde a produção chega aos 25 milhões de compressores por ano.

Seguindo a linha de investimentos, a empresa conquista novos mercados, inaugurando em 1988 a fundição em Joinville, e em 1990, a fábrica de componentes elétricos em Itaiópolis.

Com a chegada da certificação ISO 9000 de qualidade e com a finalidade de conquistar novos mercados, ampliando negócios e continuar sendo uma empresa competitiva no mercado, em 1992 foi o ano em que a empresa conquistou a certificação ISO 9001, passando a produzir produtos para gases alternativos aos CFCs².

Estabelecida a *joint-venture* na China – BESCO, em 1995, dá início a *Embraco – Snowflake*, resultado desta *joint-venture*. Esta planta produz atualmente dois milhões de compressores anuais, em Beijing, para atender o mercado Chinês.

O ano de 1999 marca o início da produção na nova planta na Eslováquia e o ano de 2000, passa a ser de comemorações na empresa. Neste ano a Embraco alcança a produção de 200 milhões de compressores. Neste período também a fábrica brasileira recebe a certificação ISO 14001, e a Coca-Cola credencia laboratório de aplicação da Embraco para testes de refrigeradores e expositores. Antevendo o momento de globalização da economia e mudanças no mundo dos negócios, a empresa decidiu ter bases produtivas no exterior e logo chegou à liderança mundial na fabricação de compressores, o que hoje significa um *marketshare* de 25%.

A Embraco emprega hoje, cerca de dez mil pessoas em todo o mundo e alia o talento de seus profissionais ao investimento permanente em tecnologia, consolidando-se assim como fornecedora de excelência. A confiabilidade e a eficiência de seus produtos fazem com que a marca Embraco seja cada vez mais a preferida das grandes montadoras mundiais de eletrodomésticos e dos maiores fabricantes de equipamentos para refrigeração comercial.

Hoje, como visto, a Embraco possui fábricas no Brasil, na Itália, na Eslováquia e na China; escritório nos Estados Unidos e distribuidores em vários países de todos os continentes.

Como citado anteriormente, o objetivo geral deste trabalho é analisar a eficiência e eficácia do grupo de orientação a gestantes realizado com as funcionárias da Embraco. A metodologia utilizada para pesquisa realizada é o escopo do próximo assunto neste trabalho.

² (Cloro Fluor Carbono. Gases que atingem a camada de ozônio, devido à presença de Cloro, que reage com o O₃, ozônio, diminuindo sua estrutura e aumentando o aquecimento do planeta, de acordo com o Manual de Aplicação Embraco, 2000).

2.2. Metodologia da Pesquisa – A construção de um processo junto ao grupo de orientação a gestantes da Embraco

Segundo Gil (1999, p. 43), podemos definir pesquisa como:

Pode-se definir pesquisa como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de processos científicos.

Com relação à metodologia deste trabalho utilizamos pesquisa bibliográfica, entrevistas e observação participante, utilizaremos também como instrumentos de coleta de dados questionários com questões semi-estruturadas e fechadas. O questionário para coleta de informações das gestantes participantes do grupo foi realizado logo após a execução do mesmo, ou seja, antes do parto.

Segundo Ghizzotti (2000, p.55):

O questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistematizadas e seqüencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de suscitar dos informantes respostas por escrito ou verbalmente sobre assuntos que os informantes saibam opinar ou informar. É uma interlocução planejada.

A pesquisa que desenvolvemos é do tipo quanti-qualitativa, isso compreende dados numéricos e relatos das entrevistas, e de acordo com Martinelli (1999, p. 47), “a inclusão de dados quantitativos em uma pesquisa qualitativa é bem vindo, pois enriquece o trabalho e eleva a conclusões a outros contextos envolvidos”.

A pesquisa bibliográfica permitiu conhecer os diferentes conceitos a respeito dos objetivos do trabalho, facilitando a compreensão da temática e que conforme Marconi (1982, p. 57), envolve levantamento bibliográfico publicado e também:

(...) que tenha relação com o tema em estudo. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto.

A entrevista, com questões semi-estruturadas, também é uma ferramenta desta investigação, sendo realizada com as gestantes após quatro meses da realização do grupo de

orientação, ou seja, no período pós-parto. Sendo a entrevista entendida, segundo Marconi (1982, p.70) como:

O encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenham informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.

O objetivo da observação participante numa pesquisa é o de ganhar confiança do grupo, por isso esta também foi um modo de investigação desta pesquisa, que de acordo com Marconi (1982, p. 68):

Observação participante consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que esta estudando e participa das atividades normais deste.

Desta forma, a pesquisa foi realizada durante o grupo, e após o parto, a fim de aprofundar a análise da importância do grupo para a empresa e para as mães, visando melhoria da qualidade de vida do trabalhador. A seguir, o desenvolvimento do trabalho do curso de gestantes na Embraco.

2.3. Grupo de Gestantes – O desenvolvimento do trabalho

Levando em conta o número de mulheres presentes na Embraco (20% do total de colaboradores, de acordo com dados do departamento de Gestão de Pessoas) buscamos criar no decorrer do processo de estágio curricular obrigatório de Serviço Social, realizado no segundo semestre de 2004, um grupo de orientação à gestante, pois o mesmo não era desenvolvido na empresa desde sua última criação, no ano de 2001.

Por grupo, de acordo com Afonso, (2001), “podemos conceituar um conjunto de pessoas unidas entre si, que possuem objetivos e ideais em comum e se reconhecem interligadas por esse objetivo”.

Neste sentido podemos dizer também que é competência do assistente social no artigo 4º da Lei nº 8662/93 que regulamenta a profissão, elaborar, coordenar, executar e

avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com a participação da sociedade civil; encaminhar, providenciar e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população.

Dentro destas competências buscou-se como objetivo principal criar um grupo de funcionárias gestantes com vista ao acompanhamento da gestação desde o pré-natal³ até sua inserção no retorno ao trabalho após a licença maternidade, no intuito da melhoria da qualidade de vida para a mamãe e bebê, durante este período.

Além disso, também se pretendia informar as funcionárias gestantes a respeito:

- cuidados, esclarecimentos de dúvidas relativas à gestação;
- refletir questões relativas aos cuidados pré e pós parto;
- reintegrar a mãe durante e após o período de gestação na empresa e sociedade;
- informar sobre os direitos e deveres relativos à funcionária gestante, como está disposto na Cláusula 22^a da Convenção Coletiva do Trabalho (vide Anexo 3) onde prevê estabilidade para as Gestantes que trabalham na empresa;
- possibilitar a socialização entre as funcionárias no seu período de gestação;
- reduzir situações de risco por falha de suporte na gestação;
- contribuir com uma melhor qualidade de vida do seguimento feminino que trabalha na empresa como um todo.

A divulgação do grupo foi feita nos murais da empresa do dia 22 a 26 de novembro de 2004, com um cartaz de divulgação (vide Apêndice 1), assim como as inscrições realizadas neste mesmo período. O grupo foi oferecido a todas as funcionárias gestantes da empresa, assim como as esposas dos funcionários. O grupo de orientação às gestantes realizou-se do dia 29 de novembro até o dia 20 de dezembro de 2004, com

encontros duas vezes por semana, de uma hora e meia, totalizando sete encontros ou 10,5 horas no total. Os encontros foram realizados em salas de treinamento dentro da própria empresa.

Foram disponibilizados inicialmente dois horários para a realização do grupo, um no período da manhã para as funcionárias que trabalham no turno da tarde, e outro no período da tarde para as funcionárias que trabalham no turno da manhã e noite. A gestante deveria inscrever-se no período fora do seu horário de trabalho, para não prejudicar o andamento do mesmo. Como foram inscritas gestantes somente no período da tarde, a disponibilidade do grupo ser desenvolvido também no período da manhã foi abolida. Sendo assim, os encontros foram realizados as terças e quintas no horário das 14hs 15h30min, ficando estabelecido este horário levando em conta que as funcionárias inscritas trabalhavam no turno da manhã e este termina as 13h30min, permitindo as gestantes almoçarem na empresa e posteriormente encaminhar-se ao local da realização do grupo.

Mesmo o grupo tendo sido divulgado por todos os espaços da empresa, não houve o levantamento do número total de gestantes na empresa no período de inscrição, sendo assim, a procura para inscrever-se no grupo foi voluntária, totalizando nove gestantes inscritas, sendo sete funcionárias e duas esposas de funcionários.

Para a realização dos encontros, foram reunidas profissionais de diversas áreas, para atender as atividades das palestras, que é o de esclarecer assuntos como amamentação, aceitação da gestação, dentição, direitos da mulher grávida e gestação. Estes assuntos foram baseados no plano de ação do último grupo de orientação a gestante realizado na empresa no ano de 2001, no entanto foram modificados alguns temas e profissionais. Os profissionais

³ Segundo a Organização Mundial da Saúde "Pré-Natal" é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio feto/mãe durante a gravidez, parto e puerpério.

envolvidos com o trabalho foram assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga, dentista e nutricionista.

As atividades desenvolvidas seguiram-se na seguinte ordem:

- dinâmica para integração das gestantes e aceitação da gestação;
- prática de exercícios, alongamento, respiração, relaxamento;
- palestra explicativa a respeito da transformação do corpo da gestante, tipos de parto e cuidados com o bebê;
- palestra sobre os aspetos preventivos de alteração na fala e audição da criança;
- palestra sobre a prevenção odontológica para a mãe e o bebê;
- palestra explicativa sobre alimentação da gestante, tabus alimentares e alimentação para o bebê;
- palestra sobre amamentação;
- palestra informativa a respeito das leis que protegem a maternidade e orientações a respeito do berçário da empresa.

Após a realização de cada encontro, foi aplicado um questionário (vide Apêndice 2) com as gestantes onde elas puderam dar sua opinião a respeito do assunto abordado. Os resultados desta análise serão apresentados na análise dos resultados.

Após quatro meses do término do grupo de orientação as gestantes, foi realizado um novo contato com o desenvolvimento de uma entrevista com as gestantes, onde foi possível observar e ouvir das mesmas, a real eficácia do trabalho desenvolvido. De posse dos dados da pesquisa, a análise deverá ser realizada sob a luz do referencial teórico, e através deste procedimento espera-se alcançar os objetivos propostos neste trabalho.

2.4. Apresentando e descrevendo o grupo de orientação a gestantes

A análise dos resultados será apresentada em dois momentos. No primeiro momento, estaremos apresentando os dados coletados no decorrer do desenvolvimento do grupo. Estes dados compreendem as respostas do questionário aplicado após o término de cada encontro, desenvolvido na empresa, no período antecedente ao parto, compreendendo um total de sete encontros.

No segundo momento, será apresentada a análise dos dados coletados após quatro meses da realização do grupo, ou seja, após o nascimento do bebê. Esta análise compreende o resultado de uma entrevista com questões semi-estruturadas realizadas no domicílio das participantes. Do total de nove gestantes que participaram do grupo, a entrevista foi realizada com cinco. Destas, três foram entrevistadas em suas residências, pois já tiveram seu bebê, duas estão nos últimos meses de gestação, no entanto, foram entrevistadas na própria empresa. Das quatro restantes, uma sofreu aborto espontâneo alguns meses após o último encontro do grupo e as outras três não foi possível contato. O contato com as participantes para esta segunda etapa da pesquisa foi realizado via telefone marcando data e horário possível para cada uma a fim de irmos até a casa. No dia e hora marcada fomos até a residência das participantes para desenvolvermos a entrevista.

2.4.1. Análise dos resultados

No grupo de gestantes, participaram nove mulheres, entre elas colaboradoras e esposas de funcionários da Embraco. Em um primeiro momento, buscou-se traçar um perfil do grupo de gestantes sendo os dados apresentados a seguir, em forma de gráficos e tabelas, e no segundo momento, a análise realizada sob a luz do referencial teórico escolhido, e através deste procedimento espera-se alcançar os objetivos propostos neste trabalho.

O primeiro ponto analisado foi quanto à idade das participantes. Para melhor compreensão deste trabalho, optou-se por trabalhar com grupos de cinco em cinco anos.

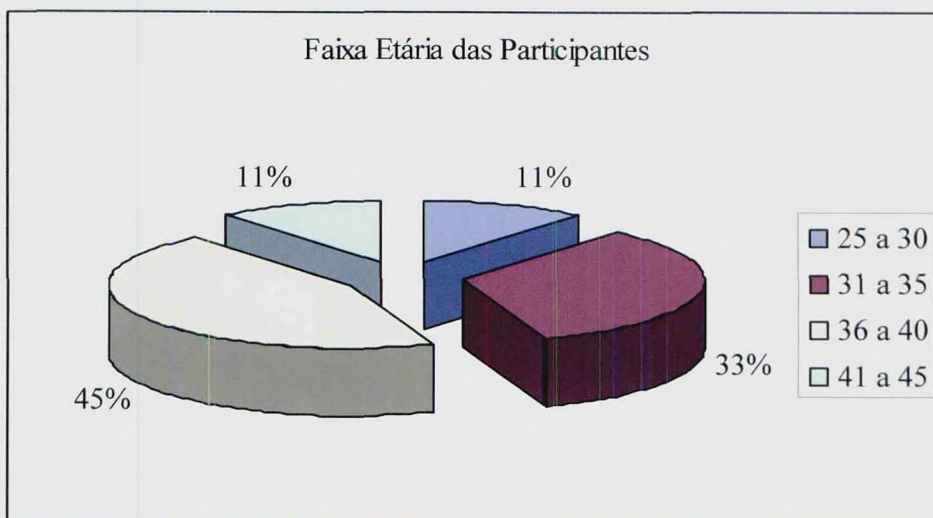


Figura 1: Divisão por faixa etária das participantes.

Fonte: Dados Primários.

Conforme os dados demonstrados acima, podemos observar que 11% das gestantes estão na faixa etária entre 25 a 30 anos. De 31 a 35 anos correspondem a 33% das participantes. Já o que nos chama muito a atenção nos dados levantados é que, 45% das mulheres gestantes estão com idade entre 36 a 40 anos. Dentre as participantes do grupo, duas estavam na segunda gestação, sendo uma na faixa de 36 a 40, e outra na faixa de 41 a 45. Através dos dados, observou-se que as faixas de 31 a 40 anos representam quase 80% do grupo. Isto se deve ao fato de que as mulheres que procuraram o grupo foram aquelas com maior maturidade, que estão em busca de um melhor ambiente para criar seus filhos desde o período pré-natal, como foi declarado por uma das participantes, até o nascimento. Hoje, as literaturas nos mostram que as mulheres estão engravidando mais tarde, por volta dos 35 a 45 anos. Deduz-se com isso que a conquista do espaço no ambiente profissional vem sendo um dos principais motivos da postergação da maternidade para a mulher moderna, como mostrado por Diniz (2004).

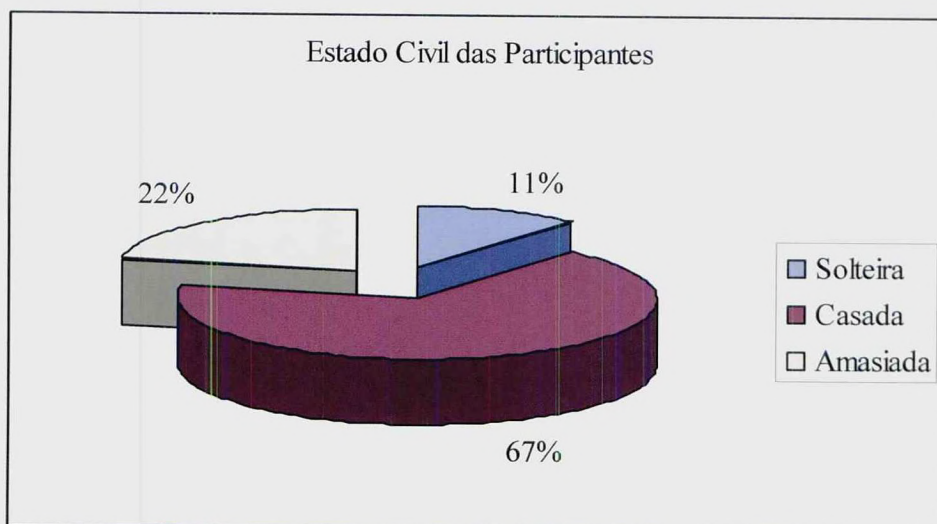


Figura 2: Estado Civil das participantes.

Fonte: Dados Primários.

Observando os dados acima, podemos dizer que 67% representa o número de gestantes casadas e 22% número de mulheres amasiadas, ou seja, possuem um relacionamento estável, porém não são casadas legalmente. O valor de 11% representa uma gestante solteira, o que juntamente com os dados de faixa etária anterior, demonstra que a grande maioria procura ter filhos após uma vida estável, durante o casamento.

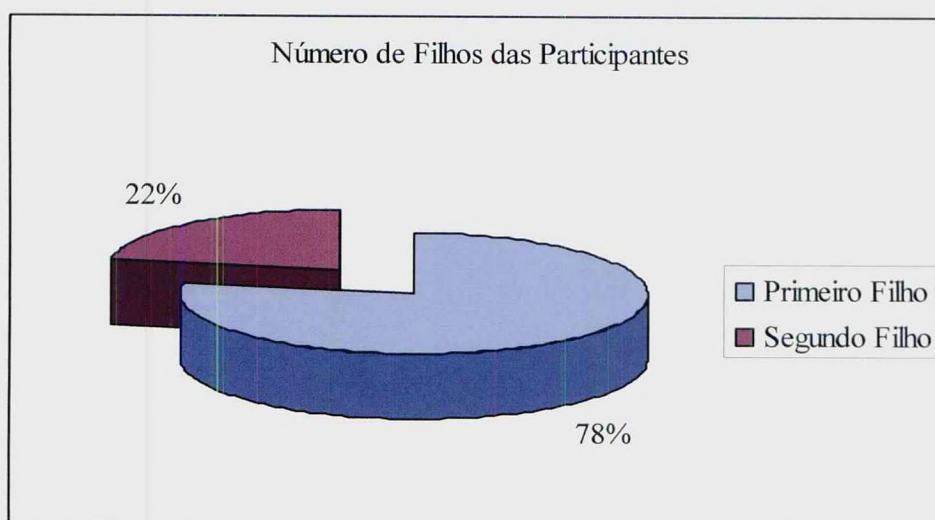


Figura 3: Número de Filhos.

Fonte: Dados Primários.

Na figura três acima, observa-se que 22% das participantes estão na segunda gestação, já 78% estão tendo a experiência de ser mãe pela primeira vez. O grande número de mulheres de primeira gestação no grupo demonstra que as mesmas estão em busca de informação e orientação para criar seus filhos, mesmo estando com uma idade superior da média demonstrada pelas literaturas que gira em torno de 25 a 30 anos.

Silva (2005), explica que as mudanças de perfil sofridas pelo chamado sexo frágil nas últimas décadas explicam o crescente número de mulheres que optam em ser mãe depois dos 30 anos, “engravidar, há três ou quatro décadas, significava a realização de um sonho, um ideal, o cumprimento de um papel social e até mesmo um norte para a vida da mulher”, no entanto, esse projeto passou a ser adiado, ou seja, deixou de ser prioridade na vida das mulheres. A gestação tardia das mulheres implica em uma escolha madura e planejada, a opção por um filho nesta faixa etária normalmente parte de uma mulher já madura emocionalmente e com uma situação financeira estável.

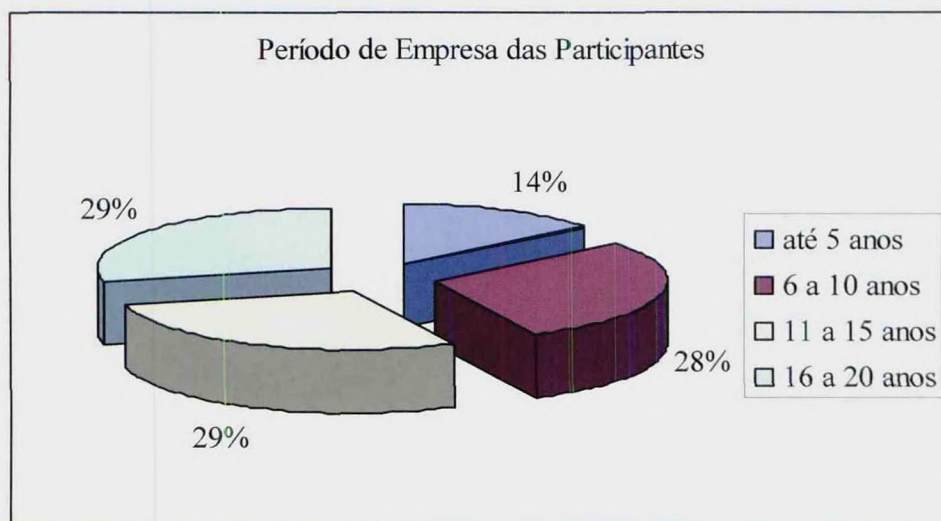


Figura 4: Período de empresa das participantes.

Fonte: Dados Primários.

Na figura quatro, demonstra que 14% das participantes tem até cinco anos de empresa. De seis a dez anos correspondem 29% das participantes, e de 11 a 20 anos representa 58%. O que chama a atenção é o fato de que em 86% dos casos representa as

gestantes com mais de seis anos de empresa, o que podemos observar mais uma vez a busca pela estabilidade econômica e profissional.

Vida profissional em primeiro lugar e dificuldades sócio-econômicas são os principais motivos que elevaram em 20% o número de mulheres que adiam o sonho da maternidade, segundo a Federação Brasileira de Ginecologia Obstetrícia - Febrasco. Segundo (Silva, 2005), a busca pela conquista do mercado de trabalho, por realizações pessoais e pela independência vêm adiando os planos de uma possível gravidez.

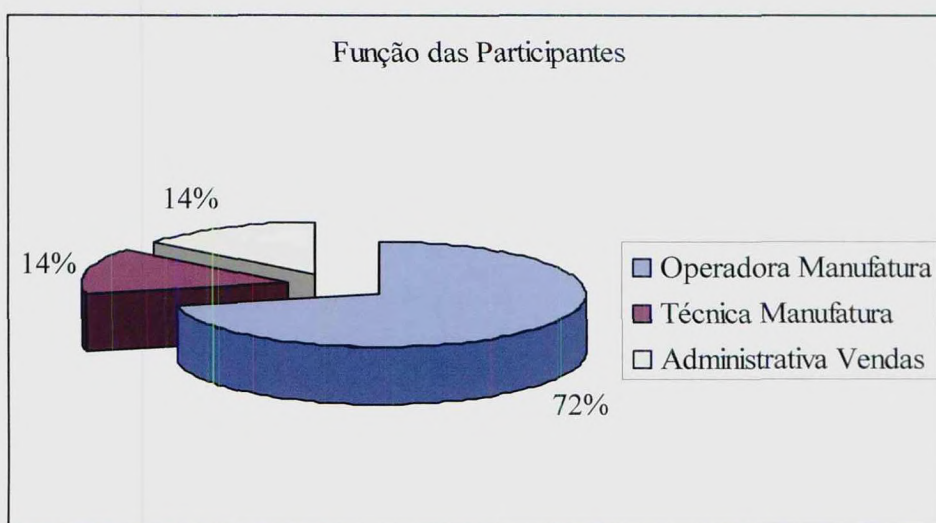


Figura 5: Função das participantes do grupo.

Fonte: Dados Primários.

De acordo com os dados apresentados acima, podemos observar que o maior número de gestantes está presente na função de operador de manufatura. Isto é reflexo do maior número de trabalhadores contratados, estar locado neste tipo de função. Como dito anteriormente, do contingente de 20% de mulheres (de acordo com dados do departamento de Gestão de Pessoas) que trabalham na Embraco, estima-se que a maioria possui função na manufatura⁴. A Embraco é uma empresa que apresenta produtos de alta tecnologia, se comparado com outras empresas do mesmo grupo (metal-mecânica). Esta complexidade faz

⁴ Trabalho manual, fábrica. Dicionário Aurélio, 1ª Edição.

com que o número de pessoas necessárias para produção de componentes e montagem final do produto, seja mais elevado do que a média no setor. No entanto, isto ainda explica o grande número de funcionários necessários na linha de produção, (de acordo com depoimento de funcionários).

Durante os encontros realizados com as gestantes, no total de sete, foi aplicado ao final de cada encontro, um questionário para avaliar as atividades e coletar sugestões para realização de futuros grupos.

Na tabela a seguir, os temas abordados nos encontros:

Encontro	Tema	Nº Participantes	Data
1º	Aceitação da Gestação	Seis	29/11/2004
2º	Exercícios para Gestantes	Nove	01/12/2004
3º	Amamentação e Informações sobre o Berçário	Nove	06/12/2004
4º	Odontologia e Fonoaudiologia	Nove	08/12/2004
5º	Alimentação da Gestante	Oito	13/12/2004
6º	Cuidados com o Bebê	Sete	15/12/2004
7º	Leis que Protegem a Maternidade	Nove	20/12/2004

Figura 6: Descrição dos encontros.

Fonte: Dados Primários.

2.4.2. O grupo na percepção das gestantes

Até agora, procuramos apresentar o perfil das participantes do curso, através de um levantamento de dados pertinentes a cada gestante, analisando o foco de cada levantamento. A seguir, apresentaremos os resultados obtidos com o questionário realizado

com as gestantes no que diz respeito à percepção do curso, junto de depoimentos e sugestões.

Quanto à clareza na exposição do assunto:



Figura 7: Clareza na exposição dos temas apresentados no grupo.

Fonte: Dados Primários.

Quanto ao assunto:



Figura 8: Interesse nos assunto apresentados no grupo.

Fonte: Dados Primários.

Conforme podemos observar nas figuras sete e oito, 96% das respostas foram plenamente assimilados e de alto interesse e 4% assimilou os conteúdos bem e o interesse foi

considerado médio. Este resultado positivo é também observado nos depoimentos e sugestões apresentados pelas gestantes, como nos coloca uma participante “todos os assuntos foram expostos de forma clara, e excelente entendimento”.

Quanto ao ambiente:

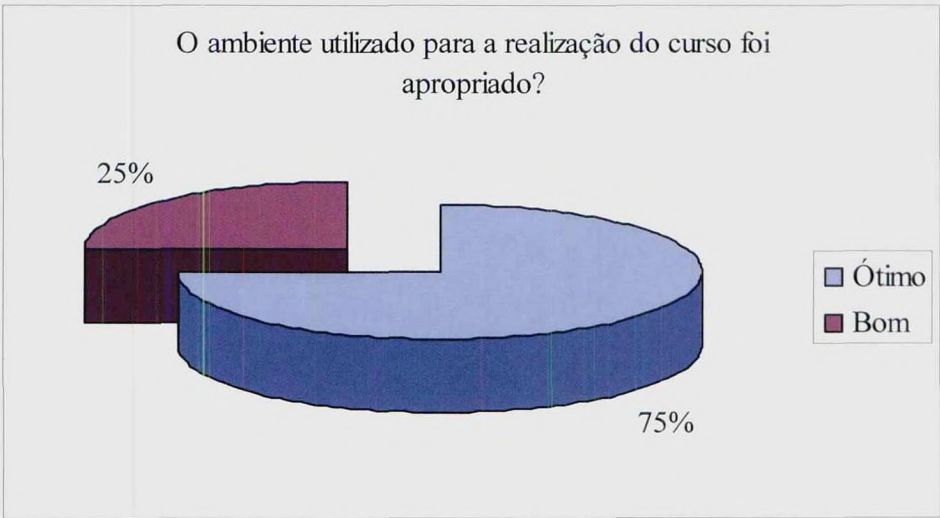


Figura 9: Ambientes utilizados para apresentação dos temas.

Fonte: Dados Primários.

Os encontros foram realizados em dois locais distintos. Três encontros foram realizados em um mezanino sobre a fábrica, o que proporcionava ruídos incômodos durante a apresentação dos assuntos. Neste sentido, uma participante nos relata sobre a utilização do espaço “sala com muito ruído externo” como sendo um fator de incômodo para o bom desempenho do trabalho. Por isso, a causa de 25% das opiniões a respeito do ambiente utilizado para a realização do grupo serem bom. Quatro encontros foram realizados em uma sala de treinamento, que propiciou um melhor ambiente para apresentação dos assuntos, sendo considerado por 75% das participantes como ótimo.

Depoimentos e sugestões apresentados pelas gestantes:

- Encontro muito valioso recomendaria para outras gestantes.
- Todos os assuntos foram expostos de forma clara, de excelente entendimento.
- Auto estima muito importante.

- Muito importante falar sobre aleitamento e principalmente sobre berçário.
- Importante para quem vai ter o seu primeiro bebê.
- Bastante interessante à parte prática.
- Tempo curto, deveria ter mais exercícios, e um folheto com explicações dos exercícios para fazer em casa.
- Poderia ter incluído um vídeo mostrando parto normal / cesariana.
- Muito proveitoso, interessante, importantíssimo.
- Muito qualificante, vai ser útil agora e sempre.
- Muito bom para a vida das gestantes, parabéns pela iniciativa.
- Parabéns para a empresa.

A partir dos relatos acima, podemos observar que para as gestantes os encontros foram de extrema valia, clareza e recomendariam para outras gestantes da empresa. A percepção obtida durante as atividades foi a de que o grupo provocava na gestante uma auto estima elevada, que nada mais é do que a capacidade que uma pessoa tem de confiar em si mesma, de se sentir capaz de poder enfrentar os desafios da vida, trazendo com isso uma melhora na gestação e na qualidade de vida.

Foi trabalhado com o grupo, a importância do aleitamento materno, sendo este, segundo especialistas, o mais completo alimento para o bebê até o 6º mês de vida. Caracteriza-se por ser de fácil digestão, proteger a criança contra várias doenças à medida que contém todas as substâncias necessárias para bem nutri-la e imunizá-la, é uma forma muito especial e fortalecedora do relacionamento entre mãe e filho, que transmite segurança, carinho e amor ao bebê, favorece um bom desenvolvimento físico e mental da criança e, conseqüentemente, estabilidade emocional e maior adaptação nas etapas da vida (ELIAS, 2005).

Foi relatada também a importância do assunto abordado a respeito da existência e das normas de utilização do berçário existente dentro da empresa, pois assim as gestantes ficaram sabendo sobre a maneira correta de como utilizar o berçário sendo este um direito das mães, e como citado anteriormente, segundo a CLT, as empresas que empreguem mais de 30 mulheres com idade acima de 16 anos são obrigadas a manter um local apropriado para guardar os filhos de suas colaboradoras, no período da amamentação.

Sobre o relato de o grupo ser importante para quem vai ter seu primeiro bebê, podemos levar em consideração dados citados anteriormente de que 78% das gestantes terão o primeiro filho, sendo assim, os assuntos abordados serão muitas vezes vistos pela primeira vez, ou seja, as gestantes nunca participaram de grupos de orientação antes e nem mesmo tiveram experiência com a gravidez.

Observamos também que para algumas gestantes o tempo de duração de cada encontro foi curto, o que nos possibilita a pensarmos em um tempo maior para a realização dos encontros nos próximos grupos que vierem a ser desenvolvidos na empresa.

Também, conforme relato das participantes, ficou faltando um maior número de exercícios e material didático que explicasse o desenvolvimento correto dos exercícios para se fazer durante a gestação. Mas, muito embora tenham ocorrido estas “falhas”, as gestantes avaliaram o curso de forma positiva e acharam bastante interessante a parte prática na realização dos exercícios de fisioterapia. Tendo em vista que a grande maioria dos especialistas acredita que a prática de exercícios durante a gestação é muito importante para o bem estar da mulher gestante, por seus inúmeros benefícios: melhora a circulação sanguínea, alivia as dores lombares, fortalece a musculatura, entre outros. (MATARUNA, 2005). Estes dados servem para melhorarmos os próximos grupos trazendo mais exercícios e material didático que informe a maneira correta da prática dos exercícios.

Houve depoimentos solicitando a ilustração através de vídeo do momento do parto. No entanto, conforme a enfermeira que participou no desenvolvimento do encontro, não é recomendável exibir um parto normal ou mesmo parto cesariana, pois as gestantes podem vir a ficar impressionadas com as imagens, e ter medo na hora do seu parto ou até mesmo de continuar com a gestação.

Todas estas sugestões nos possibilitam melhorar e implementar novas atividades com o grupo de gestantes na empresa. Devemos sempre lembrar que estes comentários avaliações e sugestões são bem vindos para qualquer atividade de orientação específica, para assim podermos chegar a um resultado sempre melhor.

Levando em consideração os dados e relatos apresentados pelas gestantes participantes, pode-se concluir que a avaliação do grupo após cada encontro foi muito positiva, as participantes relataram que é muito relevante e saudável para a vida das mulheres gestantes, sendo de grande importância para saber lidar com os desafios e cuidados da gestação. Elas parabenizam a empresa pela iniciativa, e acreditam que a empresa deva continuar com este trabalho, buscando sempre a dar atenção especial às funcionárias gestantes, pelos benefícios que a própria empresa percebe em retorno.

A seguir, estaremos analisando o segundo momento do grupo de orientação a gestantes, após quatro meses.

2.4.3. O grupo após quatro meses - O caminhar das gestantes.

Como dito anteriormente neste segundo momento da análise, será apresentada a análise dos dados coletados após quatro meses da realização do grupo, ou seja, após o nascimento do bebê. Esta análise compreende o resultado de uma entrevista com questões semi-estruturadas.

As entrevistas foram realizadas nas casas das mães, cujo endereço foi cordialmente cedido pelo departamento de Gestão de Pessoas da Embraco. Ao todo, foi

possível entrar em contato com cinco das nove mães que participaram do curso. Destas quatro mães não entrevistadas, duas eram mulheres de funcionários e uma sofreu aborto, cujas causas não foram investigadas em respeito à gestante e à empresa, a outra não foi possível contato.

Como a gestação é um período que envolve mudanças biopsicosociais, as gestantes necessitam compartilhar reflexões sobre estes momentos que atravessam, trocar informações objetivas sobre a experiência de parto e pós-parto bem como se preparar do ponto de vista corporal e emocional para as experiências que viverão.

Assim, a participação da gestante em grupos de orientação, é muito importante, pois possibilita esclarecimentos de dúvidas e mudanças que virão a acontecer nesta nova fase da vida, e segundo Dinis (2005), a realização de qualquer atividade humana, por mais simples que seja, exige um aprendizado. Ninguém se arriscaria a participar de uma maratona sem o preparo físico adequado. Da mesma forma, o trabalho de parto também merece atenção especial para que a gestante possa ter uma participação ativa, consciente e segura. As noções errôneas e imagens distorcidas do parto, principalmente acerca dos aspectos negativos, que são transmitidos de geração para geração, pelas amigas e pela própria mídia, fazem com que a mulher sinta um verdadeiro pavor em entrar numa sala de parto. Dinis (2005) acrescenta quando diz que o medo do desconhecido é inerente ao ser humano. A melhor maneira de enfrentá-lo é, literalmente, conhecer o processo que desencadeia o medo, para então aboli-lo. A informação reduzirá a ansiedade e a insegurança, trazendo maior controle da situação. É indispensável, portanto, a instrução e o treinamento da gestante que deseja ter capacidade e segurança em tornar mais cômodo e mais fácil o seu trabalho de parto, como também queira reforçar sua competência em cuidar de seu filho.

Dinis (2005) demonstra alguns pontos considerados importantes sobre os benefícios de um grupo de orientação a gestante:

- Oportunidade de compartilhar experiências com outras gestantes;
- Redução da ansiedade e do medo em relação ao parto normal, à cesariana, à anestesia e outros procedimentos médicos e de enfermagem;
- Capacidade de superar as demandas do trabalho de parto, conferindo maior sensação de controle;
- Capacidade de utilizar certas estratégias que reduzem a percepção da dor e aumentam a sua tolerância;
- Habilidade e reforço das competências maternas para cuidar de seu próprio filho;
- Possibilidade de recuperação mais rápida do parto, resultando numa alta hospitalar precoce;
- Possibilidade de garantir o sucesso do aleitamento materno.

Esta importância e benefícios do grupo serão descritos, a seguir, conforme entrevista realizada com as gestantes, analisando as respostas de questionamentos a respeito do pré-parto ao autocuidado da gestante e recém nascido e a mamãe e garantia de seus direitos sociais, descritos a seguir.

2.4.3.1. Do pré-parto ao autocuidado da gestante e recém-nascido

No grupo buscamos, ao desenvolver as atividades, assegurar a gestante a ter uma gravidez saudável, e principalmente orientar sobre os cuidados a serem tomados com o recém nascido. Sobre os assuntos abordados buscou-se depois de quatro meses avaliar se as atividades e assuntos abordados foram utilizados pelas gestantes entrevistadas.

Durante o grupo, foi realizada a palestra sobre exercícios para gestantes, no dia 01/12/2004, segundo dia do grupo. Todas elas participaram de uma bateria de exercícios para auxiliar no pré-parto.

As entrevistas realizadas com as gestantes após o nascimento do bebê comprovaram a capacidade de auxílio que esta etapa do grupo pode oferecer. Elas

comentaram que realizaram os exercícios, e que foram de grande ajuda. No entanto algumas não realizaram os exercícios, por não lembrarem de forma correta sua execução, e ficaram inseguras, com medo de prejudicar seu bebê.

Com isso, podemos concluir que se faz necessário oferecer após a realização desta prática, um caderno ilustrado, com a demonstração dos exercícios passo a passo, de forma que possa ser reconhecida nos momentos de pré-parto.

Todas elas, sem exceção, seguiram corretamente as explicações a respeito da alimentação na gestação, procuraram se alimentar com produtos saudáveis, evitando assim possíveis mal estar e azias provenientes do período gestacional, e segundo Elias (2005), a nutrição desempenha um importante papel na gestação. Foi demonstrado através de testes laboratoriais que dietas deficientes causam efeitos prejudiciais tanto à mãe quanto ao feto. Constatado por alguns estudos que a má nutrição materna pode ser uma causa de deficiência no crescimento dos bebês, resultando em bebês pequenos e de baixo peso.

A massagem nos seios para incentivar a obtenção do leite materno, foi também praticada por todas as gestantes, possibilitando aos seus bebês serem alimentados com o leite materno, e segundo Elias (2005) amamentar é a maneira mais saudável e natural de alimentar o bebê. O leite materno possui uma composição singular, destinada especificamente ao bebê. Contém células que o protegem contra infecções e proteínas para manter o bebê feliz e saudável. Apenas uma das gestantes entrevistadas não esta alimentando seu bebê com o leite materno, pois apesar de praticar a massagem nos seios durante a gestação, não teve leite suficiente após o nascimento do bebê, e por isso ele esta sendo alimentado com leite específico para recém nascidos, recomendado pelo pediatra.

Com as entrevistas podemos concluir que as gestantes participantes do grupo procuraram colocar em prática o autocuidado no seu pré-parto. Isto nos faz refletir que estas

se preocuparam não só com a saúde dos seus bebês, mas também, e principalmente com a própria saúde podendo assim transmitir a seus filhos.

Das gestantes entrevistadas três já tinham realizado o parto, e estavam aplicando as informações recebidas no grupo, referente aos cuidados com o recém-nascido.

Conforme orientação, todas se preocuparam muito nos cuidados com a higiene do umbigo do bebê, esta área é muito sensível e deve ser bem cuidada. Segundo especialistas, em cerca de dez dias o coto umbilical deve ficar preto e cair. Até lá, a mãe deve ter cuidados especiais com essa parte do corpo do bebê. Há risco de infecção, principalmente se o umbigo permanecer molhado e sujo durante muito tempo. Até cair, o coto umbilical deve ficar bem ventilado. É ideal deixar o maior tempo possível o coto umbilical em contato com o ar, manter o local sempre seco e livre de impurezas, e após a queda do coto umbilical, a região deve ser limpa e seca diariamente para que o processo de cicatrização seja concluído.

De acordo com os depoimentos das mães, este assunto do coto umbilical mostrou-se de importância, pois gerou comentários a respeito de como realizavam as limpezas diárias e de que os esclarecimentos aprendidos no grupo seguidos de forma exemplar.

As mães preocuparam-se também com a maneira correta de amamentar seus bebês, seguiram todas as informações recebidas durante o grupo. Especialistas acreditam que na hora de amamentar mãe e bebê devem estar confortáveis, o bebê precisa estar retinho, sem torcer o pescoço, de frente para o peito, bem encostadinho no peito da mãe (barriga com barriga), com o bumbum apoiado pela mão da mãe⁵. A mãe para ficar confortável, deve ter um apoio para os pés, os braços ou para as costas, usar travesseiros também costuma ajudar no conforto.

Um material disponibilizado gratuitamente, e que pode ser distribuído sem ônus, é a cartilha do aleitamento materno, disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/cartilhas>, que pode auxiliar em dúvidas e nos diversos procedimentos na amamentação.

Analisando os cuidados dados com o recém nascido pelas mães, podemos concluir que não foi menos importante do que a preocupação do autocuidado no pré-parto. Todas as entrevistadas sentem-se mais seguras e procuram cuidar da melhor maneira possível dos seus bebês e procuram fazer tudo conforme foram orientadas.

A seguir abordaremos a análise da entrevista a respeito da garantia dos direitos da gestante, outro tema que é de grande importância e está evidenciado neste trabalho.

2.4.3.2. A mãe e a garantia de seus direitos sociais

Como abordado no Primeiro Capítulo, a mulher no seu período gestacional possui direitos já garantidos por lei. Aqui procuramos analisar se os direitos das gestantes entrevistadas foram e estão sendo cumpridos, principalmente os direitos no espaço de trabalho que são garantidos pela CLT.

Citando o Artigo 392 da CLT, parágrafo quarto: “Em casos excepcionais, mediante atestado médico, na forma do parágrafo 1, é permitido à mulher grávida mudar de função”. De acordo com os depoimentos dados pelas mães, com relação a esta questão, quando houve necessidade de mudança de local de trabalho, devido aos possíveis riscos à gestação, ou mesmo, trabalhos considerados pesados de alguma forma para a gestante, esta mudança foi realizada, sem problemas.

A questão da amamentação ainda não emergiu, porém todas as funcionárias da empresa possuem berçário à disposição, como citado anteriormente neste trabalho (tipificado pelo Art. 400 da CLT). Ainda, as funcionárias terão direito, conforme a CLT, artigo 396, a

⁵ Maiores informações estão disponíveis em: <http://www.aleitamento.org.br/manual>.

dois descansos especiais de meia hora cada um, durante a sua jornada de trabalho para amamentação de seus filhos. O acompanhamento deste período é uma sugestão que damos neste trabalho para futuros grupos de gestantes na Embraco.

Questionando as mães a respeito de seus salários, os depoimentos gerados foram de que, de acordo com a palestra realizada no sétimo dia de palestra do grupo, sobre leis que protegem a maternidade, os direitos estavam sendo praticados todos de acordo. Conforme o Art. 393 da CLT, a mulher tem direito ao salário integral durante a gestação e período de licença maternidade, assim chamado de salário maternidade.

Este trabalho baseou-se na experiência das mães no período gestacional e pós parto. Ainda, na melhoria da qualidade de vida das funcionárias gestantes pela realização de grupos de orientação às gestantes na empresa privada.

No entanto, a família é um fator importante em todos estes períodos, e, portanto, é um assunto para ser mais aprofundado, e segue como sugestão para futuros trabalhos de grupo de orientação às gestantes na Empresa. A participação do pai junto ao grupo é também fundamental para que esteja sendo esclarecido a respeito de todos os assuntos abordados, pois ele será o agente de diversas ações no decorrer da gestação, do parto e dos cuidados após o nascimento do bebê.

Embora os pais não estejam sendo envolvidos neste grupo criado em particular, é uma sugestão a ser adotada futuramente.

Considerações Finais

O trabalho de conclusão de curso é, além de um pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, um grande aprendizado. Além de todo o conhecimento adquirido em todos os anos de universidade, este trabalho deve ser levado como última herança do curso.

Além do ambiente prático, que foi fundamental para o desenvolvimento deste estudo, a elaboração deste trabalho exigiu uma pesquisa profunda a respeito do histórico e contextualização da saúde do trabalhador, da qualidade de vida do trabalhador, do Serviço Social, e da própria empresa Embraco.

Estes foram aprendizados que servirão de forma grandiosa no exercício futuro da profissão de assistente social. Contudo, pode-se observar que a preparação para a elaboração deste trabalho durante o curso poderia ser de forma gradativa, menos abrupta, como podemos observar na organização deste último semestre.

As modificações político-sociais e econômicas no mercado de trabalho estão sempre presentes, exigindo novas funções e competências de todos os profissionais, bem como do assistente social. Estes estão sendo requisitados e devem dispor de competências para atuar na formulação e avaliação de políticas e projetos sociais, inseridos em equipes multidisciplinares.

Desta forma, os assistentes sociais atuantes na empresa ampliam seu espaço para atividades de elaboração de planos de assistência social, acompanhamento e avaliação de programas e projetos.

Estas atividades exigem novas qualificações, tais como conhecimentos de ordem estatística, gestão e planejamento, para poder identificar recursos e planejar ações e projetos; qualificações que devem prioritariamente compreender a esfera de atividades de um profissional de Serviço Social, que ambiciona o corpo de Recursos Humanos de uma empresa privada.

Dentro do curso, é fundamental que haja integração entre as disciplinas, principalmente em termos de discussão sobre as ações que integram o processo de trabalho do Serviço Social e os campos de estágio.

Estas atribuições, como citado anteriormente, estão inseridas na Lei no. 8.662 de sete de junho de 1993, que regulamenta a profissão, que cita necessidade de competências acerca de “elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares”. Seguindo o mesmo enfoque, este mesmo artigo cita outras competências complementares, como “elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com a participação da sociedade civil”.

O enfoque atualmente dado à saúde do trabalhador na empresa abre espaço para realização de projetos como o grupo de orientação às gestantes na Embraco. O grupo, que contou com a participação de nove gestantes pode ser considerado como um avanço na qualidade de vida do profissional.

A avaliação do grupo pôde comprovar, através de comentários das gestantes, a carência de trabalhos como este que pode ser causada pelo número reduzido de profissionais de Serviço Social no ambiente de trabalho, no caso da Embraco, de apenas um profissional na Gestão de Pessoas, para administrar as necessidades de cerca de 5.000 funcionários presentes nas instalações da empresa em Joinville.

As questões realizadas durante os grupos ministrados para as gestantes mostram que em 96% dos casos os assuntos abordados eram de grande interesse. Isto mostra mais uma vez o resultado positivo deste projeto.

No segundo dia do grupo, dia 01/12/2004 todas passaram por uma aula de exercícios para auxílio no pré-parto; e, conforme depoimento recente das mães, a maioria realizou os exercícios e comentaram que estes foram de grande auxílio. No entanto, algumas não realizaram os exercícios por não lembrarem de forma correta sua execução, levando à conclusão de que se faz necessária a preparação de um material didático, não somente dos exercícios, mas de todo o programa para posterior consulta.

Como colocado no tópico 2.4.3.2, a família é de fato um fator importante nos períodos de gestação, pré parto, nascimento, criação, e, portanto, é um assunto para ser mais aprofundado, e segue como sugestão para futuros trabalhos, dentro desta empresa e de outras empresas. Novamente, a participação do pai junto ao grupo é também fundamental para que ele esteja sendo esclarecido a respeito de todos os assuntos abordados nas palestras, pois ele será o agente de diversas ações no decorrer da gestação, do parto, e dos cuidados após o nascimento do bebê.

De uma forma geral, seria de grande valia a realização de um grupo de orientação às gestantes de forma periódica, para que um maior número de mulheres possa ser atingido, e que não haja quebra destes resultados positivos, para as mães e para a empresa. As mães passam a contar com esclarecimentos que elevam a qualidade da gestação, o autocuidado, os cuidados com o recém-nascido, e o retorno ao trabalho. Para a empresa, há o grande benefício da diminuição do absenteísmo, e da melhoria da qualidade do trabalho prestado por trabalhadoras motivadas e com auto-estima elevada.

Referências Bibliográficas

AFONSO, L. (org). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Campo Social, 2003.

ANDRADE, S. M.; Soares, D. A; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL – ABRASCO, 2001.

BORALLI, K.C. **Serviço Social Organizacional**. Disponível em: <<http://www.funerariaonline.com.br/gressof/gressof2.asp?id=84>>. Acesso em: 30 de maio de 2005.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 27 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2001.

_____. **Consolidação das Leis do Trabalho**. São Paulo: Saraiva, 1998.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, Revista dos tribunais, 1998.

BÚRIGO, C. C. D. **Qualidade de vida no trabalho: dilemas e perspectivas**. Florianópolis: Insular, 1997.

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JUNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde**. Planejamento e Gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998, cap, p. 11-26.

CAPOBIANCO, C. N. **Mais envolvimento e participação: QVT**. Tendências do Trabalho. p.14-18,jun, 1986.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social - **Coletânea de Leis**. 2 ed. Gestão 1999/2002. Santa Catarina, 2001.

DINIS, Dr N. **Por que é importante participar de um curso preparatório para o parto**. Disponível em: <http://www.santalucia.com.br/curso_de_parto/cursodeparto.htm>. Acesso em: 09 de junho 2005.

DINIZ, D. **As faces da ambição feminina**. Artigo da revista EXAME, 823 ed. 2004.

eHealth, L. A. **Planos de Saúde no Brasil**. Disponível em:
<<http://corporativo.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=196&ReturnCatID=24>>.
Acesso em: 30 de maio 2005.

ELIAS, Dr^a M.C. **Dieta na Gravidez**. Disponível em:
<<http://www.clubedobebe.com.br/Manual%20da%20Gestacao/dietanagravidez.htm>>.
Acesso em: 09 de junho 2005.

FARIA, Dr R.B. **Gravidez Saudável: Guia prático da Gestação ao Bebê**. São Paulo: Lemos, 2004.

FERNANDES, E. C.; GUTIERREZ, L. H. **Qualidade de Vida no Trabalho- uma experiência brasileira**. Revista de Administração, v.23, n.4, p.29-38, out/dez, 1988.

FRANÇA, A. C. L. **Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras**. Revista Brasileira de Medicina Psicossomática. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 79-83, abr/mai/jun, 1997.

FREIRE, L.M.B. **O Serviço Social na Reestruturação Produtiva: Espaços, programas e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2003.

GHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas em Pesquisa Social**. 5. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 1999.

HONÓRIO, L. C.; MARQUES, A. L. **Reforma estrutural das telecomunicações no Brasil; um estudo sobre qualidade de vida no trabalho em uma empresa de telefonia celular**. Revista de Administração. São Paulo, v.36, n.2, p. 57-66, abr/jun 2001.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. Ensaios Críticos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LADEIRA, M. B. **O processo do stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho**. Revista de administração. São Paulo, v.31, n.1, p.64-74, jan/mar 1996.

LEMOS, J. L. **Perfil Profissional do assistente social: “coach” no processo de “team buildig”**. Revista Tendências do Trabalho, n. 187, p. 18-19, jul. 1998.

LIMONGI, A. C. **A qualidade de vida no trabalho**. Revista SOS, n.180, p.9-11, abr, 1995.

MACEDO, D. **Como a qualidade de vida no trabalho pode aumentar o desempenho da empresa-estudo de caso**. Tendências do Trabalho. n.230, p.18-26, set, 1993.

MARCONI, M.A. **Técnicas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Atlas, 1982.

MARTINELLI, L.M.(org). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATARUNA, L. **Boas opções de exercícios para gestantes**. Disponível em: <http://bemstar.ig.com.br/index.php?modulo=fitnews_mat&type=1&url_id=402>. Acesso em: 09 de junho 2005

MORAES, L. R. F. **Resgatar a questão da qualidade de vida no trabalho - Uma imposição atual**. Tendências do Trabalho. p.21-22, abr 1989.

MOTA, A.E. **O Feitiço da Ajuda: As determinações do Serviço Social na Empresa**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

OLIVEIRA, A. G. R. da C.O.; SOUZA, E. C .F. de S. **A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**. Cadernos de Saúde Pública. v. 13, n.4.Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, S. **A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador**. Cadernos de Saúde Pública. v.13, n.4.Rio de Janeiro, out/dez 1997.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social: Um Estudo Preliminar Sobre a Categoria Teórica e sua Apropriação pelo Serviço Social**. 2. ed. Rev. São Paulo: Cortez, 1997. p. 132.

REBOUÇAS, J.A. **Insalubridade: morte lenta no trabalho**. São Paulo: Oboré.

REGIS FILHO, G. I.; LOPES, M. C. **Qualidade de vida no trabalho: a empresa holística e a ecologia empresarial**. Revista de Administração. São Paulo, v.36, n.3,p. 95-99, jul/set 2001.

REIS, Dr M.G. **Direitos das Gestantes**. Disponível em: <www.clinicamãe.com.br>. Acesso em 30 de maio 2005.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. Petrópolis: Vozes,1995.

ROSA, A. G. F. et al. **O que fazer nos municípios?** Rio de Janeiro: Rede cedros, 1992.

SILVA, Dr. L.G.P. **Gravidez tardia**. Disponível em: <http://www.saorafaelprevidencia.com.br/edicao_20/saude/saude.htm>. Acesso em: 16 de junho 2005.

SILVA, M. A. D. **Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Ed. Best Seller, 1995.

SINA, A. **Mulher e Trabalho**: o desafio de conciliar diferentes papéis na sociedade. São Paulo: Saraiva, 2004.

TELES, M.A. **Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

VILELA, R.A.G. **Saúde em Revista**. Qualidade de vida, Nutrição e Fisioterapia.V. 1, n. 2, Piracicaba/SP ,1999.

ZORZI, M. E. F. **A qualidade e as pessoas**. Rh-Informação profissional, n.36, p.50-51, jan,1991.

Apêndices

Apêndice 1: Cartaz de divulgação

ATENÇÃO FUTURAS MAMÃES!

Vem aí, o Grupo de Gestantes!!

“A gravidez e o pós-parto são períodos de ansiedades e preocupações para todas as mulheres. Procure se adaptar às mudanças pelo nascimento de seu bebê. Você pode assumir-se como mãe com **ORGULHO, CORAGEM E MUITO AMOR**”.

Devido a estas mudanças tanto emocionais como físicas, é que a Visão Biopsicosocial está preparando para você, futura mamãe, um encontro muito agradável, onde forneceremos orientações especiais para compreender melhor essa nova fase de sua vida.

As interessadas (funcionárias e esposas de funcionários) poderão inscrever-se pelo ramal: 2273 com Marlene, Renata ou pessoalmente no setor de Administração de Pessoas.

Data da Inscrição: de 22/11/04 a 26/11/04

Estamos aguardando sua inscrição.

Apêndice 2: Questionário aplicado às gestantes



AVALIAÇÃO PALESTRA - CURSO GESTANTES

Data de Realização: _____ Tema: _____

1) O assunto apresentado foi exposto de forma clara?

Assimilou plenamente

Assimilou pouco

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Sugestões: _____

2) O assunto exposto era de seu interesse?

Alto interesse

Baixo interesse

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Sugestões: _____

3) O ambiente utilizado para a realização do curso foi apropriado?

Ótimo

Ruim

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Sugestões: _____

4) Deixe aqui comentários e/ou sugestões sobre este primeiro encontro:

Comentários: _____

Anexos

Anexo 1: Lei 8.080 / 90

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde

da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS :

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador;

d) e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de saúde e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração,

armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Art. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11º (VETADO)

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 13º - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

SEÇÃO I

das Atribuições Comuns

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II

Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) de vigilância sanitária.

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;

XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde-SUS.

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde:

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art.19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas e de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde-SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a Seguridade Social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecida pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (VETADO)

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-SUS.

TÍTULO IV

Dos Recursos Humanos

Art. 27. A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde-SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (VETADO)

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão ser o regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

Do Financiamento

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde-SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (VETADO)

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS; e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao sistema Único de Saúde-SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde-SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação-SFH.

§ 4º (VETADO)

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde-SUS, pelas universidades e pelo

orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

§ 6º (VETADO)

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º - O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde-FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, do orçamento da Seguridade social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º VETADO)

§ 4º VETADO)

§ 5º VETADO)

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO)

§1º (VETADO)

§2º (VETADO)

§3º (VETADO)

§4º (VETADO)

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os acessórios, equipamentos e outros bens imóveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, ou eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (VETADO)

§ 8º O acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (VETADO)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. e seus parágrafos (VETADOS)

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, dos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde-SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde-SUS estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das Universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde-SUS organizará, no prazo de 2(dois) anos, um sistema nacional de

informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO)

Art. 49. (VETADO)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para a implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 51. (VETADO)

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (VETADO)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990.

Anexo 2: Benefícios e Direitos do Trabalhador na Embraco

Os benefícios oferecidos pela empresa aos seus funcionários são os seguintes:

- Transporte especial: é um ônibus especial da empresa que leva o funcionário do seu bairro até a empresa e vice versa. O custo do transporte especial é de R\$ 1,50 ao dia a ser descontado em folha de pagamento.
- Alimentação: o refeitório dentro da empresa oferece almoço pelo custo de R\$ 0,68 a serem descontados em folha de pagamento.
- Aquisição de medicamentos: a empresa auxilia com o valor de 50% de medicamentos com receita comprados nas farmácias conveniadas, com desconto em folha de pagamento.
- Berçário: as crianças podem ficar no berçário da empresa até os 12 meses de idade, dando assim tranquilidade às funcionárias que tenham filhos recém nascidos.
- Aquisição de eletrodomésticos.
- Previdência Privada: participação dos funcionários e da empresa.
- Brindes de natal e de aniversário.
- Aquisição de compressores.
- Prêmio casamento.
- Odontologia.
- Plano de assistência médica.
- Projeto biopsicosocial.

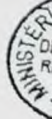
Anexo 3: Convenção Coletiva do Trabalho

Atualmente o trabalhador na Embraco está amparado pela CLT, porém com a firmada Convenção Coletiva de Trabalho pelo Sindtherme, Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Refrigeração, Aquecimento e Tratamento de Ar, Indústrias de Compressores Herméticos para Refrigeração e Indústrias de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares de Joinville.



CONVENÇÃO
COLETIVA
DE
TRABALHO
SINDITHERMIE





ÍNDICE REMISSIVO

<u>1ª - REAJUSTE SALARIAL</u>	3
<u>2ª - ABRANGÊNCIA</u>	3
<u>3ª - SALÁRIO NORMATIVO</u>	4
<u>4ª - HORAS EXTRAS</u>	4
<u>5ª - ADICIONAL NOTURNO</u>	4
<u>6ª - HORAS SUPLEMENTARES</u>	4
<u>7ª - SALÁRIO SUBSTITUTO</u>	4
<u>8ª - PARTICIPAÇÃO À ASSISTÊNCIA E RESPONSABILIDADE</u>	5
<u>9ª - PROMOÇÕES</u>	5
<u>10ª - EQUIPARAÇÃO SALARIAL</u>	5
<u>11ª - ÉPOCA DA CONCESSÃO DAS FÉRIAS</u>	5
<u>12ª - FÉRIAS PROPORCIONAIS</u>	5
<u>13ª - FERIADO NOS SÁBADOS</u>	6
<u>14ª - COMPENSAÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO</u>	6
<u>15ª - ANTECIPAÇÃO DO 13º SALÁRIO</u>	6
<u>16ª - PRÊMIO CASAMENTO</u>	6
<u>17ª - PRÊMIO RESCISÓRIO POR TEMPO DE SERVIÇO</u>	7
<u>18ª - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS</u>	7
<u>19ª - SERVIÇO MILITAR</u>	7
<u>20ª - ABONO PARA APOSENTADOS</u>	7
<u>21ª - ESTABILIDADE PRÉ-APOSENTADORIA</u>	7
<u>22ª - ESTABILIDADE DA GESTANTE</u>	7
<u>23ª - TREINAMENTO</u>	8
<u>24ª - LICENÇA A DIRIGENTES SINDICAIS</u>	8
<u>25ª - GARANTIA AO EMPREGADO AFASTADO POR AUXÍLIO</u>	8
<u>26ª - ABONO DE FALTAS PARA O VESTIBULANDO</u>	8
<u>27ª - FALECIMENTO SOGRO (A)</u>	8
<u>28ª - RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR JUSTA CAUSA</u>	8
<u>29ª - RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO</u>	9
<u>30ª - ACORDO ESPECIAL DE HORÁRIOS</u>	9
<u>31ª - DESCONTO DO DESCANSO SEMANAL REMUNERADO</u>	9
<u>32ª - FORNECIMENTO DE LANCHE/REFEIÇÃO</u>	9
<u>33ª - VESTIMENTA DE TRABALHO</u>	9
<u>34ª - HOMOLOGAÇÕES</u>	10
<u>35ª - QUADRO DE AVISOS</u>	10
<u>36ª - ESCLARECIMENTOS</u>	10
<u>37ª - RECLAMATÓRIAS TRABALHISTAS</u>	10
<u>38ª - ANOTAÇÃO NA CARTEIRA DE TRABALHO</u>	10
<u>39ª - ADIANTAMENTO QUINZENAL</u>	10
<u>40ª - MULTA POR DESCUMPRIMENTO</u>	10
<u>41ª - PLANO DE SAÚDE</u>	10
<u>42ª - FLEXIBILIZAÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO</u>	11
<u>43ª - DESCONTO NEGOCIAL</u>	12
<u>44ª - VIGÊNCIA DA PRESENTE CONVENÇÃO COLETIVA</u>	13



CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO

Entre as partes, de um lado, o SINDICATO DAS INDÚSTRIAS DE REFRIGERAÇÃO, AQUECIMENTO E TRATAMENTO DE AR, COMPRESSORES HERMÉTICOS PARA REFRIGERAÇÃO E ARTIGOS E EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS, MÉDICOS E HOSPITALARES DE JOINVILLE, CNPJ 81.140.352/0001-44, Registro Sindical nº 24430.001298/90, com sede em Joinville - SC, à Rua do Príncipe nº 330, 10º andar, neste ato representado por seu Presidente, Sr. WELSON TEIXEIRA JUNIOR, e de outro, o SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS DE REFRIGERAÇÃO, AQUECIMENTO E TRATAMENTO DE AR, INDÚSTRIAS DE COMPRESSORES HERMÉTICOS PARA REFRIGERAÇÃO E INDÚSTRIAS DE ARTIGOS E EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS, MÉDICOS E HOSPITALARES de JOINVILLE - SINDITHERME, CNPJ 79.370.417/0001-04, Registro Sindical nº 24430.001122/90-14 com sede em Joinville - SC, à Rua Conselheiro Mafra, nº 102, neste ato representado por seu Presidente, Sr. ROLF DECKER, abaixo assinados, fica estabelecida e firmada, dentro de suas respectivas bases territoriais a seguinte **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO**, regida pelas Cláusulas e condições abaixo:

CLÁUSULA 1ª - REAJUSTE SALARIAL

Os salários dos empregados da categoria profissional serão reajustados, na vigência desta Convenção, em 7 % (sete por cento), que será aplicado sobre os salários vigentes em 31 de Março de 2004.

PARÁGRAFO ÚNICO: Fica acordado que, se as empresas concederem alguma antecipação salarial, esta será compensada neste acordo.

CLÁUSULA 2ª - ABRANGÊNCIA

a) Os empregados desligados, cujos efeitos da rescisão contratual se projetam para abril, farão jus ao estabelecido na cláusula primeira, que será pago até junho de 2004, em complemento de rescisão contratual.

b) Ficam excluídos do percentual fixado na Cláusula Primeira:

b 1) Estagiários;

b 2) Menores Aprendizizes do SENAI;

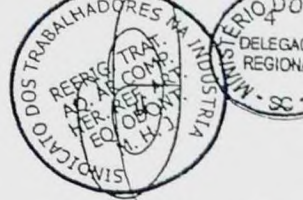
b 3) Admitidos a partir de 01 de Abril de 2004;

b 4) Temporários.

CLÁUSULA 3ª - SALÁRIO NORMATIVO

Empresas com até 1000 empregados o salário normativo será a partir de ABRIL/2004 de R\$ 437,80 (quatrocentos e trinta e sete reais e oitenta centavos) mês.

Empresas com mais de 1.000 empregados o salário normativo será a partir de ABRIL/2004 de R\$ 468,60 (quatrocentos e sessenta e oito reais e sessenta centavos) mês.



PARÁGRAFO ÚNICO: Estão excluídos desta garantia, os menores aprendizes, na forma da lei e desta Convenção.

CLÁUSULA 4ª - HORAS EXTRAS

As horas diárias realizadas pelos empregados em regime extraordinário, excetuadas aquelas realizadas conforme a cláusula 31ª, serão pagas da seguinte forma:

TIPO	DA 1ª ATÉ A 4ª HORA EXTRA	ACIMA DA 4ª HORA EXTRA	DOMINGOS E FERIADOS
DIURNA	50%	75%	125%
NOTURNA*	80%	110%	170%

* Já incluído o adicional noturno

Aos índices das horas extras noturnas, aplica-se o fator de 14,28% (quatorze virgula vinte e oito por cento), de conversão de horas regulamentares para Jornada Noturna. (Artigo 73 Parágrafo 1º da CLT).

PARÁGRAFO ÚNICO: As horas extras, efetuadas após o processamento da folha de pagamento, e dentro do mesmo mês, bem como seus reflexos e encargos sociais, serão computados e pagos na folha de pagamento do mês subsequente.

CLÁUSULA 5ª - ADICIONAL NOTURNO

Em caso de transferência de empregado do horário noturno para o horário diurno, por qualquer razão, deixará o empregado de perceber o adicional noturno, exceto se o período de transferência for inferior a 60 (sessenta) dias.

PARÁGRAFO ÚNICO: Caso haja mais de uma transferência superior a 60 (sessenta) dias, no período de vigência desta Convenção, haverá necessidade de Acordo por escrito entre o empregado e a empresa, com assistência do Sindicato Laboral.

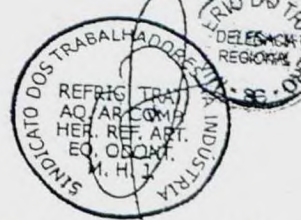
CLÁUSULA 6ª - HORAS SUPLEMENTARES

Quando o empregado tiver completado seu expediente normal de trabalho, e já ausente da empresa, sendo posteriormente solicitado a retornar a ela para prestar serviço intransferível, terá garantido um mínimo de 03 (três) horas suplementares, a ser pago com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) sobre a hora normal. Caso o serviço ultrapasse as 03 (três) horas, ficam asseguradas as demais horas realmente trabalhadas com base na Cláusula 4ª desta Convenção.

PARÁGRAFO ÚNICO: Quando o serviço extraordinário ocorrer nos finais de semana ou feriado, e de forma programada será pago o número de horas efetivas de trabalho, independentemente do número de deslocamentos da residência para a empresa, que venham a ocorrer.

CLÁUSULA 7ª - SALÁRIO SUBSTITUTO

Admitido empregado para função de outro dispensado, será garantido aquele, salário igual ao do empregado de menor salário na função, sem as vantagens pessoais.



CLÁUSULA 8ª - PARTICIPAÇÃO À ASSISTÊNCIA E RESPONSABILIDADE SOCIAL

As empresas e o Sindicato Laboral, entendem que, as suas ações sociais devem ser convergentes e eficazes, pois visam o bem estar dos empregados e seus dependentes. Neste sentido, as empresas e o Sindicato Laboral acordam que poderão desenvolver projetos de assistência e responsabilidade social em parceria.

CLÁUSULA 9ª - DAS PROMOCÕES

A promoção de empregado operacional para cargo de nível superior ao exercido, comportará um período experimental não superior a 30 (trinta) dias. Vencido o prazo experimental, a promoção e o respectivo aumento salarial, serão anotados na CTPS, salvo as condições mais favoráveis já existentes.

CLÁUSULA 10ª - EQUIPARAÇÃO SALARIAL

As empresas manterão uma equiparação salarial a todos os empregados que desempenham uma mesma função, de igual qualidade e quantidade, ressaltando as diferenças por méritos pessoais.

PARÁGRAFO ÚNICO: Não são considerados, para efeito do disposto no "caput" desta Cláusula e nos Artigos 460 e 461 e seus parágrafos da CLT, as diferenças salariais resultantes de:

- a) Aumentos de mérito até 20% (vinte por cento);
- b) Casos de perda de capacidade laboral;
- c) Transferência interna de empregados motivada por razões de ordem técnica, econômica ou administrativa, desde que sejam previamente acordadas entre as partes, e assistidos pelo Sindicato Laboral.
- d) Todos os empregados com mais de dois anos no cargo, ficarão excluídos da equiparação salarial.

CLÁUSULA 11ª - ÉPOCA DA CONCESSÃO DAS FÉRIAS

As férias individuais ou coletivas, terão início no primeiro ou se encerrarão no último dia útil da semana, desde que estes não sejam feriados.

PARÁGRAFO 1º: Aos empregados em regime de horário especial (escala 6x2 e 5x3 / 6x2) será garantido o gozo da folga, se esta coincidir com o início ou término das férias coletivas.

PARÁGRAFO 2º: As férias individuais, a pedido do empregado, poderão ser concedidas em outros dias da semana.

CLÁUSULA 12ª - FÉRIAS PROPORCIONAIS

Fica assegurado ao empregado que solicitar seu pedido de demissão, antes de completar 1 (um) ano de serviço, porém com mais de 180 (cento e oitenta) dias de serviço na mesma empresa, o direito de receber as férias proporcionais.

^



CLÁUSULA 13ª - FERIADO NOS SÁBADOS

Quando o feriado coincidir com o sábado, a empresa que trabalha sob o regime de compensação de horas de trabalho, poderá alternativamente:

- a) incluir essas horas no sistema de compensação anual de dias pontes;
- b) reduzir a jornada diária de trabalho, subtraindo os minutos relativos à compensação;
- c) pagar o excedente como horas extraordinárias, nos termos dessa Convenção.

CLÁUSULA 14ª - COMPENSAÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO

As empresas farão com seus empregados, assistidos pelo Sindicato Laboral, acordo de compensação de horários, a fim de:

- a) Flexibilizar ou suprimir o trabalho nos dias de sábado, dos empregados cujo trabalho, critério delas, não seja exigido naquele dia;
- b) Estabelecerem programas de compensação de feriados de final de ano e dias - ponte durante o carnaval, possibilitarem a concessão de folga na terça-feira e a compensação na segunda-feira.

CLÁUSULA 15ª - ANTECIPACÃO DO 13º SALÁRIO

Fica assegurado a todo empregado, o direito a percepção de 50% (cinquenta por cento) do 13º salário, por ocasião da época do gozo de férias individuais, se assim o desejar, com exceção dos que venham a ter suas férias iniciadas no mês de dezembro, independente do requerimento previsto em Lei, para o que, deverá fazer comunicação à empresa até 15 (quinze) dias antes do início do gozo das férias.

PARÁGRAFO 1º: No caso da concessão das férias individuais antecipadas, o empregado fará jus a requerer 50% (cinquenta por cento) do 13º salário, se tiver completado 6 (seis) meses de período aquisitivo das férias.

PARÁGRAFO 2º: Ao empregado que, não beneficiado pelo Parágrafo 1º desta Cláusula, caso venha a solicitar, será antecipado 50% (cinquenta por cento) do 13º salário quando completar período aquisitivo das férias, e desde que já tenha quitado as respectivas férias.

CLÁUSULA 16ª - PRÊMIO CASAMENTO

O empregado com mais de 06 (seis) meses de Empresa, que se casar nos termos da Lei Civil Brasileira, receberão, a título de prêmio casamento, o valor equivalente a 75% (setenta e cinco por cento) do salário normativo da categoria, aplicável no mês do casamento, o qual lhe será pago, em parcela única, juntamente com o seu salário do mês seguinte aquele em que exibir a respectiva certidão de casamento.

Se, ambos os nubentes trabalharem na mesma empresa, o prêmio será de 45% (quarenta e cinco por cento) do salário normativo, para cada um.

PARÁGRAFO ÚNICO: No caso de já haver completado 03 (três) anos de empresa, referido prêmio será de 01 (um) salário normativo. Se ambos os nubentes trabalharem na mesma empresa, o prêmio será de 60% (sessenta por cento) do salário normativo, para cada um.



CLÁUSULA 17ª - PRÊMIO RESCISÓRIO POR TEMPO DE SERVIÇO

Para o empregado com mais de 10 (dez) anos de serviço ininterruptos na empresa, e com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade, caso venha a ser demitido sem justa causa, tem direito a 1 (um) salário nominal a título de prêmio rescisório por tempo de serviço.

CLÁUSULA 18ª - PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

As empresas da categoria SINDITHERME, atendendo ao que dispõe a legislação vigente, estabelecerão formas para Participação dos trabalhadores nos resultados, que serão objeto de acordos específicos e individualizados em cada uma delas.

CLÁUSULA 19ª - SERVIÇO MILITAR

Fica assegurado ao empregado alistado, o emprego ou salário, a partir da apresentação comprovante de alistamento, até a data de sua desincompatibilização com o serviço militar, podendo ser demitido somente por justa causa ou por força maior, conforme define o Artigo 501 da CLT, por acordo entre as partes e assistidas pelo Sindicato Laboral.

CLÁUSULA 20ª - ABONO PARA APOSENTADOS

Ressalvadas as situações mais favoráveis já existentes, ao empregado com 05 (cinco) anos ou mais de serviços contínuos dedicados à mesma empresa, quando dela vier a desligar-se definitivamente, por solicitação de demissão motivada pela aposentadoria, será pago abono equivalente ao seu último salário nominal.

CLÁUSULA 21ª - ESTABILIDADE PRÉ-APOSENTADORIA

Será garantido o emprego ou salário, por 24 (vinte e quatro) meses imediatamente anterior à implementação do tempo para aposentadoria proporcional, integral, especial e por idade pela Previdência Social, aos empregados que tiverem no mínimo 5 (cinco) anos consecutivos de vinculação empregatícia com a mesma empresa.

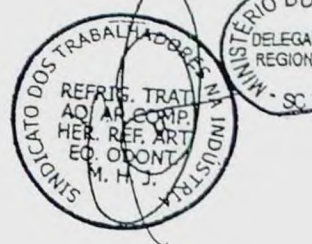
A comprovação do tempo de serviço para fins desta cláusula será encargo do empregado, que deverá comunicar por escrito à empresa que se encontra no período de pré-aposentadoria, mediante requerimento de aposentadoria junto ao INSS e documento do SINDICATO LABORAL. A comprovação será efetuada mediante prova documental até 120 (cento e vinte) dias após a referida comunicação escrita.

PARÁGRAFO 1º: Uma vez atingido o prazo mínimo para a aposentadoria e caso o empregado optar pelo prosseguimento do contrato de trabalho, essa garantia deixará de prevalecer.

PARÁGRAFO 2º: Ressalva-se das garantias previstas nesta cláusula, as demissões por Justa Causa, Pedido de Demissão e Acordo entre as partes, assistidos pelo Sindicato Laboral.

CLÁUSULA 22ª - ESTABILIDADE DA GESTANTE

Fica garantido o emprego à gestante, desde a concepção até 05 (cinco) meses após o parto, conforme determina o Artigo 10º Inciso II letra "b" das Disposições Transitórias, da Constituição Federal, salvo pedido de demissão, justa causa ou acordo entre as partes e assistidas pelo Sindicato Laboral.



CLÁUSULA 23ª - TREINAMENTO

Objetivando o aprimoramento profissional de seus empregados, as empresas poderão oferecer treinamento e cursos de especialização, dentro ou fora do horário de trabalho, ficando estabelecido que o tempo despendido nessa atividade não será tido como a disposição do empregador e nem os empregados ficarão obrigados na sua participação.

PARÁGRAFO ÚNICO: As empresas poderão permitir, como contra partida, a realização de cursos nas suas dependências, proveniente de recursos obtido junto ministério de trabalho e emprego decorrente das políticas públicas de trabalho e renda.

CLÁUSULA 24ª - LICENÇA A DIRIGENTES SINDICAIS

As empresas concederão licença a seus empregados que estejam preenchendo cargos eletivos do Sindicato Laboral, sem prejuízo no salário, quando estes representarem a entidade sindical em congressos, encontros ou seminários, sobre assuntos trabalhistas, para exercerem funções junto administração sindical. Estas licenças deverão ser solicitadas com antecedência de 24 (vinte e quatro) horas, formalmente pelo Presidente do Sindicato Laboral.

CLÁUSULA 25ª - GARANTIA AO EMPREGADO AFASTADO POR AUXÍLIO DOENÇA

Ao empregado afastado por auxílio - doença previdenciário, fica garantido, a partir da alta do INSS e do seu retorno ao trabalho, o emprego ou salário por um período de 06 (seis) meses, desde que o referido afastamento tenha sido superior a 60 (sessenta) dias consecutivos, excluídos os (quinze) dias de atestado pela empresa.

PARÁGRAFO ÚNICO: Fica cessada a garantia do emprego e do salário nos casos de pedido de demissão, rescisão por justa causa, recusa de retornar ao trabalho estando com alta tipo I ou tipo II do INSS, após ter sido re-encaminhado pelo mesmo motivo e retornado novamente com alta e acordo entre as partes, assistidos pelo Sindicato Laboral.

CLÁUSULA 26ª - ABONO DE FALTAS PARA O VESTIBULANDO

Serão abonadas pelas empresas, as faltas ao trabalho nos dias de prestação de vestibulares no município sede das empresas, desde que, os cursos sejam compatíveis com as atividades destas realizadas em estabelecimentos devidamente reconhecidos, e cujos horários coincidam com o horário de trabalho, pré-avisadas as empresas com 72 (setenta e duas) horas de antecedência e com comprovação posterior.

CLÁUSULA 27ª - FALECIMENTO SOGRO (A)

Além dos casos previstos no artigo 473, inciso I da CLT, ocorrendo o falecimento de sogro ou sogra de empregado casado legalmente, a empresa concederá licença remunerada nos dias de falecimento e sepultamento.

CLÁUSULA 28ª - RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR JUSTA CAUSA

No caso de ocorrer rescisão de contrato de trabalho, por justa causa, a empresa comunicará o empregado, por escrito, as infrações cometidas, capituladas no art. 482 da CLT, sob pena de ser nula a justa causa aplicada.



CLÁUSULA 29ª - RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

Quando da rescisão de contrato de trabalho, ficam as empresas, na data da homologação da rescisão, obrigadas a efetuar todas as anotações necessárias na CTPS entregando ainda, as guias referentes ao seguro desemprego, quando o empregado fizer jus.

PARÁGRAFO ÚNICO: O saldo de salários deverá ser pago por ocasião do pagamento geral dos demais empregados, se a homologação da rescisão não se der antes.

CLÁUSULA 30ª - ACORDO ESPECIAL DE HORÁRIOS

As empresas poderão firmar acordo com seus empregados, através de lista de adesão, para implementar horários especiais de trabalho, de refeições, em casos de quebra ou parada de máquinas, chamados de "gargalos", que trazem como conseqüências falta de peças. Sem outras alternativas é necessário liberar os empregados do trabalho, por períodos de horas ou dias, tendo necessidade de reposição do mesmo número de horas liberadas.

Nestes casos as empresas manterão canal de informações e orientações disponíveis aos empregados atingidos, evitando deslocamento desnecessário destes até à empresa. Nos casos em que ocorrem dispensas quando os empregados já estejam presentes na empresa, estas horas não serão motivo de reposição.

Para tanto as empresas comunicarão o Sindicato Laboral, que assistirão os empregados visando re-equilibrar o processo produtivo nas áreas em que surgiram a falta de produção, ficando limitado a reposição de horas ao número de horas liberadas pelo empregador.

CLÁUSULA 31ª - DESCONTO DO DESCANSO SEMANAL REMUNERADO

A ocorrência de um atraso justificado ao trabalho devidamente comprovado, durante a semana, desde que não superior a 30 (trinta) minutos, não acarretará o desconto do descanso semanal remunerado correspondente.

CLÁUSULA 32ª - FORNECIMENTO DE LANCHE/REFEICÃO

Havendo necessidade do empregado trabalhar por duas horas ou mais, quer diária esporadicamente, fica a empresa obrigada a fornecer lanche gratuitamente, antes do início do trabalho extraordinário.

PARÁGRAFO ÚNICO: Quando o trabalho for em domingos e feriados, e desde que ultrapasse 04 (quatro) horas, terá o empregado o direito a uma refeição, fornecida gratuitamente pela empresa.

CLÁUSULA 33ª - VESTIMENTA DE TRABALHO

As empresas fornecerão a seus empregados, gratuitamente, uniformes e macacões, bem como equipamento de proteção individual e de segurança, inclusive calçados especiais e óculos, estes últimos com receituário médico, quando o uso for exigido pela empresa e quando a função assim exigir.

PARÁGRAFO 1º: O sindicato laboral envidará todos os seus esforços, colaborando com as empresas no combate aos acidentes de trabalho, e poderá ser convocado a intervir na recusa do empregado em caso de qualquer contravenção às normas de segurança;



PARÁGRAFO 2º: A recusa em utilizar os equipamentos de proteção individual caracterizará falta grave punível, conforme o artigo 482 da CLT.

CLÁUSULA 34ª - HOMOLOGAÇÕES

As rescisões de contrato de trabalho no município da empresa, deverão ser homologadas pelo Sindicato Laboral, em conformidade com a legislação vigente.

CLÁUSULA 35ª - QUADRO DE AVISOS

As empresas afixarão em seus Quadros de avisos, até 24 (vinte e quatro) horas após o recebimento, os Avisos e Editais do Sindicato Laboral, previamente aprovados por elas.

CLÁUSULA 36ª - ESCLARECIMENTOS

As empresas comprometem-se, quando solicitadas por seus empregados, a prestar esclarecimentos necessários relativos aos percentuais de aumentos concedidos.

CLÁUSULA 37ª - RECLAMATÓRIAS TRABALHISTAS

Antes de encaminhar qualquer reclamatória trabalhista à justiça do trabalho, o Sindicato Laboral procurará resolver o impasse de forma harmoniosa com as empresas, no sentido de evitar congestionamento desnecessário de Reclamatórias.

CLÁUSULA 38ª - ANOTAÇÃO NA CARTEIRA DE TRABALHO

As anotações na Carteira de trabalho serão feitas de conformidade com as disposições legais vigentes, podendo suas alterações serem substituídas por um relatório demonstrativo, autenticado pelo empregador ou seu representante legal, a ser fornecido quando solicitado pelo empregado.

CLÁUSULA 39ª - ADIANTAMENTO QUINZENAL

Quando da concessão de antecipações salariais futuras e quando os índices de correção negociados forem conhecidos anteriormente ao adiantamento as empresas comprometem-se a conceder o adiantamento quinzenal de pelo menos 30% dos salários, com os aumentos salariais negociados para o mês.

CLÁUSULA 40ª - MULTA POR DESCUMPRIMENTO

Pelo não cumprimento das cláusulas da presente Convenção Coletiva, caberá ao infrator o pagamento de multa no valor correspondente a 2% (dois por cento) sobre o salário normativo da categoria, por empregado ou por infração em favor da parte prejudicada.

CLÁUSULA 41ª - PLANO DE SAÚDE

As empresas manterão o plano de saúde a todos os seus empregados, podendo descontar, em folha de pagamento destes até 30% (trinta por cento) das despesas realizadas com consultas médicas, consultas e despesas decorrentes desta (exames clínicos complementares). Os custos de exames mais específicos e especializados não serão cobrados e serão controlados pela Administradora do Plano de Saúde.



PARÁGRAFO ÚNICO: Estão isentos destes descontos, todos os eventos que ocorrerem a partir da internação como: cirurgias, consultas, exames e quaisquer outros cobertos pelo Plano Saúde, durante a internação.

CLÁUSULA 42ª - FLEXIBILIZAÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO

As empresas poderão flexibilizar a jornada de trabalho dos empregados, inclusive aos que vierem a ser admitidos no decorrer desta, atendendo concomitantemente ao que se estabelece a seguir:

Informar ao sindicato laboral a lista de empregados, por setor e turno de trabalho que estarão participando do processo de flexibilização, a cada mês, com a assinatura dos mesmos, 24 (vinte e quatro) horas antes do evento;

Da mesma forma, informar ao empregado ao sindicato laboral, as datas da provável compensação.

PARÁGRAFO ÚNICO:

- a) A duração semanal normal de trabalho tem por base 44 (quarenta e quatro) horas como previsto na Constituição Federal.
- b) Havendo desaquecimento na demanda de mercado, e conseqüente necessidade de redução de produção, a duração semanal de trabalho poderá ser reduzida, inclusive podendo ser, quando necessária, integralmente suprimida, sem prejuízo salarial para os empregados, limitando-se esta redução em até 14 (catorze) dias úteis ao mês.
- c) Ocorrendo o inverso, aquecimento de mercado ou maior necessidade de produção, a duração semanal de trabalho poderá ser aumentada para até 58 (cinquenta e oito) horas, sem que as horas excedentes a 44 (quarenta e quatro) horas sejam remuneradas, concedidas quaisquer prêmios ou horas extras.
- d) A duração semanal de trabalho poderá ser assim distribuída:
 - * até o limite máximo de 10 (dez) horas ao dia, de Segunda a Sexta-feira;
 - * até o limite de 08 (oito) horas ao dia, aos sábados.
 - * até o limite de 08 (oito) horas domingos e feriados.
- e) As horas excedentes às 44 (quarenta e quatro) horas normais de duração semanal de trabalho serão compensadas na proporção de 01 (uma) hora trabalhada para 01 (uma) hora de folga, para as horas realizadas de segunda-feira a sábado; nos casos de domingos e feriados, serão considerados com acréscimo de 50 % (cinquenta porcentos) para as horas de compensação.
- f) As empresas informarão, quando solicitadas, sempre junto com a folha de pagamento, o montante das horas de cada mês lançadas no banco de horas a débito ou a crédito dos empregados, e que são aquelas inferiores ou superiores a 44 (quarenta e quatro) horas semanais.
- g) Os adicionais de periculosidade, insalubridade e adicional noturno, continuarão incidindo sobre o número de horas trabalhadas, na forma da lei ou Convenção.



Coletiva, e serão pagos na folha de pagamento do mês de sua realização , não fazendo parte do banco de horas.

Da compensação

A compensação de horas ocorrerá da seguinte forma:

a) No caso de débito de horas do empregado a compensação poderá ser feita com majoração da jornada.

b) No caso de crédito de horas do empregado, a compensação poderá ser feita:

> com folgas individuais adicionais, anteriores ou posteriores ao período de férias individuais ou coletivas;

> com folgas coletivas em setores;

> com folgas em dias "ponte de feriado" , de forma individual ou coletiva;

> com folgas individuais negociadas com a chefia.

Do Saldo de Horas

a) No término da vigência desta Convenção, será apurado o saldo de horas pendente do empregado: se o mesmo for credor, será pago como horas extras com 50 % . Se devedor a empresa fará um acordo com o empregado, assistido pelo sindicato laboral, para o devido acerto em horas trabalhadas, prevalecendo o que for mais favorável ao empregado, com a formalização trinta dias antes do dia 31/03/2004.

a) Deverá prevalecer sobre o saldo de horas a condição de promover o "zeramento" das horas credoras ou devedoras, acatando-se o que for mais favorável ao empregado.

Na rescisão do contrato de Trabalho

a) Na ocorrência de desligamento do empregado, as horas decorrentes de seu saldo credor serão pagas com base no valor da hora do salário contratual acrescido de 50 % (cinquenta por cento).

b) Havendo saldo devedor a empresa assumirá as horas, exceto em se tratando de dispensa por justa causa, casos nos quais o saldo devedor do empregado será descontado quando da quitação e verbas rescisórias, considerando-se horas normais.

CLÁUSULA 43ª - DESCONTO NEGOCIAL

As empresas descontarão de seus empregados, a título de Taxa Negocial, o percentual equivalente a 3,69% (três vírgula sessenta e nove por cento), índice negociado e deliberado pela assembleia geral extraordinária realizada no dia 15 de fevereiro de 2004, sobre o salário de março de 2004 a ser descontado em folha de pagamento de maio de 2004, em uma única parcela, em favor do Sindicato Dos Trabalhadores Nas Indústrias De Refrigeração, Aquecimento E Tratamento De Indústrias De Compressores Herméticos Para Refrigeração E Indústrias De Artigos E Equipamentos Odontológicos, Médicos E Hospitalares De Joinville – Sinditherme.

PARÁGRAFO ÚNICO - Quaisquer divergências sobre o desconto referido, serão resolvidas entre empregado e o Sindicato Laboral , bem como se ressalte expressamente, que todas e quaisquer

reclamações dos empregados, decorrentes do desconto acima, inclusive na via judicial, serão de inteira responsabilidade do sindicato Laboral, considerando-se, as empresas, são meras repassadoras dos valores descontados.

CLÁUSULA 44ª - VIGÊNCIA DA PRESENTE CONVENÇÃO COLETIVA


A presente Convenção Coletiva terá vigência de 1(um) ano, iniciando-se em 01 de abril de 2.004 e encerrando-se em 31 de março de 2.005, abrangendo as empresas cujos empregados são representados pelo SINDITHERME, bem como, aqueles que vierem a ser admitidos durante a sua vigência, ressalvadas as categorias diferenciadas.


Por estarem justos e acordados e para que produza os seus jurídicos e legais efeitos, assinam as partes convenientes a presente **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO**, em 07 (sete) via, comprometendo-se consoante o que dispõe o artigo 614 da CLT, a promover o depósito de uma via da mesma, para fins de registro e arquivo, na Delegacia Regional do Trabalho em Santa Catarina.

Joinville, 23 de abril de 2.004

SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS DE REFRIGERAÇÃO, AQUECIMENTO E TRATAMENTO DE AR, DE COMPRESSORES HERMÉTICOS PARA REFRIGERAÇÃO E DE ARTIGOS E EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS, MÉDICOS E HOSPITALARES DE JOINVILLE.

SINDICATO DAS INDÚSTRIAS DE REFRIGERAÇÃO, AQUECIMENTO E TRATAMENTO DE AR, INDÚSTRIAS DE COMPRESSORES HERMÉTICOS PARA REFRIGERAÇÃO E INDÚSTRIAS DE ARTIGOS E EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS, MÉDICOS E HOSPITALARES DE JOINVILLE.


ROLF DECKER
PRESIDENTE
CPF 223.965.439-20


WELSON TEIXEIRA JUNIOR
PRESIDENTE
CPF 791.627.708-53



MINISTÉRIO DO TRABALHO
DELEGACIA REGIONAL DO TRABALHO EM SC
SERVIÇO DE RELAÇÕES DO TRABALHO
CONVENÇÃO COLETIVA Nº # 674
Convenção Coletiva de Trabalho registrada nesta
DRT/SC às fls 58 do livro nº 26 com
vigência de 01/04/04 a 31/03/05
Florianópolis 01/06/2004

Nair A. de Ávila
SERET/DRT-SC
Mat. 00455246 SIAPE